Zorginstituut Nederland

> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ 'S-GRAVENHAGE

Zorginstituut Nederland
Pakket

Eekholt 4
1112 XH Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 89 59

Onze referentie
2015006196

0530.2015006196

Datum 24 maart 2015
Betreft Buitenhof oproep advies kraamzorg

Geachte mevrouw Schippers,

Met uw brief van 20 december vroeg u Zorginstituut Nederland om een advies over de aanspraak kraamzorg. Daarbij verzocht u tevens om aandacht te besteden aan internationale verplichtingen ten aanzien van deze zorg en de rol van de kraamzorg in de geboortezorgketen. Ik bied u hierbij dit advies aan.

Zorginstituut Nederland heeft de kraamzorg in de Nederlandse situatie getoetst aan de pakketcriteria. Wij stellen in bijgaand advies vast dat de kraamzorg, bezien als een geheel van interventies, noodzakelijke zorg is die toegankelijk en beschikbaar moet zijn voor alle kraamvrouwen en pasgeboren kinderen.

Zorginstituut Nederland ziet op basis van deze conclusies dan ook reden om te adviseren de aanspraak kraamzorg in het verzekerde pakket te laten. Dit sluit bovendien goed aan bij de ontwikkeling naar meer integrale zorg in de geboorteketen en een goede overdracht naar de jeugdgezondheidszorg.

Het Zorginstituut beveelt aan de kennisagenda kraamzorg van ZonMw zo spoedig mogelijk ten uitvoer te brengen. De kennisagenda moet gegevens opleveren over de inhoud en omvang van deze zorg.

Ook het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg (LIP) is aan actualisatie toe. Het LIP vormt namelijk de basis voor het aantal uren kraamzorg, waarop de individuele vrouw en haar pasgeboren kind redelijkerwijze zijn aangewezen. Daarbij moeten de doelen van de kraamzorg én maatwerk voor moeder en kind, de uitgangspunten zijn.

Hoogachtend,

Prof. dr. A. Boer
plv. Voorzitter Raad van Bestuur

Zorginstituut Nederland

Kraamzorg

Verzekerd van een goed begin?

Datum	24 maart 2015
Status	

Colofon

Volgnummer	2015003730
Afdeling	Pakket mw. J.M. Latta, hr. C.G. Mastenbroek, mw. F.M. van der Meer
Bijlagen	1. Zorg in de kraamtijd, organisatie van postnatale zorg in West-Europa. 2. Factsheet kraamzorg 3. Specificaties lasten kraamzorg 4. Ontvangen reacties consultatie
Auteurs	mw. J.M. Latta in samenwerking met hr. C.G. Mastenbroek, mw. F.M. van der Meer

Inhoud

Samenvatting

In februari 2013 deed de minister van VWS een oproep voor mogelijke 'pakketmaatregelen'. Burgers reageerden hierop onder andere met de suggestie kraamzorg uit het basispakket te halen. Overwegingen hierbij zijn:

- het feit dat burgers geen gebruik meer maken van deze zorg en daar dan ook niet meer aan mee willen betalen
- de veronderstelling dat niet iedereen kraamzorg nodig heeft
- het feit dat zwangerschap een keuze is en de kosten voorzienbaar.

De minister heeft hierop het toenmalige CVZ gevraagd om haar een advies te geven over de aanspraak kraamzorg. De minister verzocht bij dit advies de rol van de internationale afspraken en verdragen, en de rol van de kraamzorg in de geboorteketen te betrekken.

In dit rapport adviseert Zorginstituut Nederland de minister kraamzorg in het basispakket van de Zorgverzekeringswet te handhaven, maar wel de inhoud en omvang beter af te stemmen op de individuele behoefte. De volgende overwegingen leiden tot deze conclusie.

Het feit dat iemand geen gebruik (meer) zal maken van bepaalde zorg is geen reden om die zorg geen onderdeel te laten zijn van het basispakket. Alle Nederlanders zijn verplicht verzekerd voor ziektekosten. De inhoud van het basispakket van de ziektekostenverzekering is voor alle Nederlanders hetzelfde. Ook betalen we allemaal ongeveer evenveel premie, ongeacht het gebruik dat iemand op individueel niveau van de verzekering maakt of het inkomen dat iemand geniet. Ouderen betalen mee aan de zorg voor jongeren en andersom, ook als zij bepaalde zorg niet (meer) of nog niet nodig hebben. Er is dus sprake van risico- en inkomenssolidariteit. Hierin past niet de mogelijkheid om op individueel niveau keuzes te maken en het basispakket aan te passen aan individuele wensen en behoeften.

Zorginstituut Nederland beantwoordt de vraag van de minister over de aanspraak kraamzorg, door de inhoud van de kraamzorg als één geheel aan activiteiten, te toetsen aan de criteria voor het basispakket. Resultaat van die toetsing is:

- Het Zorginstituut beschouwt kraamzorg als noodzakelijke zorg rond de bevalling. Zowel curatief in verband met gezondheidsrisico's, als preventief om gezondheidsrisico's voor moeder en kind te voorkomen.
- Resultaten van de kraamzorg zijn bijvoorbeeld het verkleinen van de kans op wiegendood, het helpen op gang brengen van borstvoeding en het signaleren en helpen voorkomen van gezondheidsrisico's. Het Zorginstituut constateert dat de zorg doet wat hij beoogt te doen en daarmee voldoet de kraamzorg aan het criterium in de Zvw van verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- Bij veel mensen is de zwangerschap gepland, de bijbehorende kosten voor de kraamzorg kunnen dus voorzienbaar worden genoemd en uit dien hoofde voor eigen rekening komen. Maar dat geldt voor het geheel aan geboortezorg. De kosten van de kraamzorg (ongeveer € 1.600,-) zullen niet voor iedere individuele verzekerde te dragen zijn. Als de zorg voor eigen rekening komt en daarmee de toegang tot de zorg wordt overgelaten aan de eigen verantwoordelijkheid, is de toegankelijkheid van de zorg niet meer voor iedereen geborgd. Dit kan leiden tot het niet afnemen van deze zorg met risico's voor de gezondheid van de pasgeborene en de kraamvrouw.

Kraamzorg is een onderdeel van de integrale geboortezorgketen. Met de

geboorteketen wordt gelijkwaardig en doelmatig samenwerken van alle professionals in de keten beoogd om de beste kwaliteit van zorg voor moeder en kind te bieden. Andere onderdelen van deze keten zijn bijvoorbeeld verloskundige zorg en obstetrische zorg. Deze onderdelen behoren ook tot het domein van de Zorgverzekeringswet. Gezien de zorginhoudelijke samenhang en de beoogde doelmatige samenwerking, acht het Zorginstituut het wenselijk de verschillende onderdelen in hetzelfde domein te laten, namelijk de Zorgverzekeringswet en niet bijvoorbeeld over te hevelen naar het gemeentelijk domein.

Het Zorginstituut adviseert de kraamzorg in het basispakket te handhaven. Maar de inhoud en omvang van de zorg waar de individuele verzekerde redelijkerwijs op is aangewezen, kan wellicht preciezer worden bepaald. Dit kan gebeuren door uitvoering van de door ZonMw in overleg met partijen opgestelde Kennisagenda kraamzorg en actualisatie van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg (LIP):

- Uitvoering van de Kennisagenda zal meer gegevens over de resultaten van de kraamzorg opleveren en derhalve bijdragen aan meer inzicht in de benodigde inhoud van de kraamzorg. Bijvoorbeeld over de vraag of de zorg voor een eerste en tweede kind in omvang gelijk moet zijn of over de vraag of de basishuishoudelijke taken tot het basispakket van een kraamverzorgende moeten behoren.
- Met een geactualiseerd LIP kan de inhoud en omvang van de te leveren kraamzorg meer worden toegesneden op de zorgbehoefte van de individuele kraamvrouw en het pasgeboren kind.

Nederland heeft internationale IAO-verdragen geratificeerd. Deze verdragen verplichten Nederland zorg te dragen voor postnatale zorg. De inhoud van de postnatale zorg is niet precies omschreven. Via de kraamzorg in het basispakket voldoet Nederland aan de verplichting dat postnatale zorg voor alle pasgeborenen en kraamvrouwen beschikbaar moet zijn.

Inleiding

1.1 Aanleiding

De minister van VWS deed in februari 2013 een oproep aan partijen in het veld en aan burgers om suggesties voor pakketmaatregelen te doen. Met haar brief van 20 december 2013 verzoekt de minister het toenmalige CVZ om een advies naar aanleiding van de suggestie de kraamzorg uit het pakket te verwijderen, omdat 'het niet voor alle pas bevallen vrouwen noodzakelijk' zou zijn. De minister verzoekt bij dit advies de rol van de internationale afspraken en verdragen en de rol van de kraamzorg in de geboorteketen te betrekken.

Een groot deel van de reacties gaf aan dat mensen menen dat kraamzorg uit het basispakket kan omdat zijzelf geen gebruik (meer) zullen maken van de kraamzorg en om die reden hier ook niet aan mee willen betalen. Een andere veelgenoemde reden is dat het krijgen van kinderen een keuze is en in veel gevallen voorzienbaar. Hierdoor zou het niet noodzakelijk zijn om deze zorg te verzekeren. De minister vraagt advies over de aanspraak op kraamzorg.

1.2 Regelgeving

Kraamzorg is opgenomen in het basispakket van de Zorgverzekeringswet. De kraamzorg is geregeld in artikel 2.11 van het Besluit zorgverzekering. Dat artikel luidt:

> Naast de in artikel 2.10 bedoelde verzorging omvat verzorging tevens zorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling, gedurende ten hoogste tien dagen, te rekenen vanaf de dag van bevalling.

Kraamzorg 'zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden' omvat verzorging, signalering van gezondheidsrisico's en voorlichting en instructie en wordt integraal aangeboden. Het omvat een 3e trimester huisbezoek (bij alle eerste kinderen), partusassistentie, zorg voor moeder en kind van maximaal tien dagen vanaf de dag van bevalling en overdracht naar de Jeugdgezondheidszorg.

1.3 Kraamzorg terecht onderdeel van het basispakket?

In dit advies gaan wij na welke verplichtingen voortvloeiend uit internationale afspraken en regelgeving, er voor ons land bestaan ten aanzien van de kraamzorg en kijken we hoe deze zorg in vijf West-Europese landen is geregeld. Wij toetsen de kraamzorg aan de vier pakketcriteria om de Minister te adviseren ten behoeve van haar beslissing of de kraamzorg onderdeel moet blijven uitmaken van het basispakket van de Zorgverzekeringswet.

1.4 Werkwijze

Ter voorbereiding op dit advies heeft Zorginstituut Nederland twee bijeenkomsten georganiseerd waarvoor zij de volgende organisaties heeft uitgenodigd:
ActiZ, Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN), College Perinatale Zorg (CPZ), Kenniscentrum Kraamzorg (KCKZ), Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV), Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Nederlandse Beroepsvereniging voor Kraamzorg (NBvK), Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG), NPCF, Het OuderSchap, TNO, Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), Zorgverzekeraars Achmea, CZ en VGZ, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), ZonMw.

De eerste bijeenkomst vond plaats op 22 april en had een inventariserend en

raadplegend karakter. In de tweede bijeenkomst op 3 september 2014, waarvoor dezelfde organisaties waren uitgenodigd, zijn drie onderwerpen expliciet besproken, namelijk de resultaten die de kraamzorg behaalt, de noodzakelijkheid van kraamzorg en de benodigde omvang van de te verlenen kraamzorg.
Het Zorginstituut heeft op ambtelijk niveau raadplegende gesprekken gevoerd met afzonderlijk Actiz, het College Perinatale Zorg, het Kenniscentrum Kraamzorg en met de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

1.5 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 leest u welke internationale afspraken aan Nederland verplichtingen opleggen ten aanzien van het treffen van voorzieningen voor postnatale zorg. In hoofdstuk 3 schetsen we hoe de postnatale zorg in vijf West-Europese landen is vormgegeven en in hoofdstuk 4 leest u wat de kraamzorg in Nederland inhoudt. In hoofdstuk vijf toetsen we de inhoud van de kraamzorg aan de pakketcriteria en geven we antwoord op de vraag van de Minister. Vervolgens gaan we in hoofdstuk 6 nog in op de inhoud en omvang van de kraamzorg. De integrale geboortezorg en de mogelijke domeinen komen aan bod in hoofdstuk 7. In hoofdstuk 8 tenslotte staat het advies aan de Minister en doet het Zorginstituut enkele aanbevelingen.

2 Internationale afspraken en regelgeving

De minister verzoekt ons in het antwoord op haar vraag aandacht te besteden aan de vraag welke verplichtingen internationale afspraken en regelgeving, ons opleggen ten aanzien van de kraamzorg. In dit hoofdstuk gaan we op deze vraag in.

2.1 IAO-verdragen en daaruit voortvloeiende verplichtingen

Verdragen die in dit verband relevant zijn, zijn de zogenaamde IAO-verdragen: verdragen van de Internationale Arbeidsorganisatie (IAO). De IAO is opgericht in 1919 en sinds 1946 verbonden aan de Verenigde Naties. De IAO-verdragen zijn zogenaamde normverdragen. IAO-verdragen bepalen bijvoorbeeld dat een deel van de beroepsbevolking of de algemene bevolking door een bepaalde regeling beschermd moet worden. Een land dat een verdrag heeft geratificeerd is gebonden aan de bepalingen van dit verdrag en moet deze naleven. Nederland heeft een aantal verdragen geratificeerd. Verdragen die Nederland heeft geratificeerd en die Nederland derhalve verplichtingen opleggen ten aanzien van postnatale zorg zijn:

2.1.1 Verdrag 102 betreffende minimumnormen voor alle taken van de sociale zekerheid.

In dit verdrag is bepaald dat de geneeskundige zorg ten minste prenatale zorg omvat, hulp bij de bevalling en postnatale zorg, hetzij van een geneeskundige, hetzij van een gediplomeerde vroedvrouw. De geneeskundige zorg moet strekken tot instandhouding, herstel of verbetering van de gezondheid van de beschermde vrouw, alsmede van haar geschiktheid om te werken en om te voorzien in haar persoonlijke behoeften.

Onder 'verstrekkingen' wordt verstaan hetzij rechtstreeks verleende verstrekkingen, hetzij indirect verleende verstrekkingen, bestaande uit een vergoeding van de door de belanghebbende gedragen kosten.

Wat houdt postnatale zorg in? Het verdrag schrijft dit niet dwingend voor. Postnatale zorg is globaal alle zorg voor de vrouw en haar kind gedurende de eerste tien dagen na de bevalling. Dit omvat dus verloskundige zorg, obstetrische zorg én kraamzorg.

Uit dit IAO-verdrag 102 kan worden afgeleid, dat de verdragsstaat moet zorgen dat postnatale zorg[1] beschikbaar is. Het verdrag bepaalt niets over de inhoud (hoeveelheid) van de geneeskundige zorg. Het verdrag biedt geen aanknopingspunten (definitie) over wat onder postnatale zorg moet worden verstaan. Evenmin geeft het verdrag aan hoe de verdragsstaat de verstrekkingen van geneeskundige zorg moet inrichten; in de vorm van een sociale verzekering of een sociale voorziening.

2.1.2 Verdrag 183 inzake de herziening van het Verdrag betreffende de bescherming van het moederschap.

In dit verdrag is bepaald dat aan de vrouw en haar kind geneeskundige verstrekkingen worden verleend in overeenstemming met de nationale wet- en regelgeving of op enige andere wijze in overeenstemming met de nationale praktijk. Geneeskundige verstrekkingen omvatten prenatale en postnatale zorg, hulp bij de bevalling en zo nodig opname in een ziekenhuis.

[1] In de IAO-verdragen wordt gesproken over postnatale zorg en niet specifiek over kraamzorg.

Ook uit dit verdrag 183, kan worden afgeleid dat de verdragsstaat moet zorgen dat postnatale zorg beschikbaar is. Het verdrag bepaalt niets over de inhoud (hoeveelheid) van de geneeskundige verstrekkingen. De kosten van de krachtens dit verdrag te verlenen verstrekkingen worden op grond van de nationale wet- en regelgeving vergoed. De manier waarop de verdragsstaat de verstrekkingen van geneeskundige zorg moet inrichten is conform de nationale wet- en regelgeving. Dit betekent dat ook het instrument van de zorgverzekering niet dwingend is voorgeschreven.

2.1.3 Europese Code voor Sociale zekerheid (Code).

De normen van de Code lijken in hoge mate op de normen uit het IAO-verdrag 102. In de Code zijn bijna gelijke bepalingen opgenomen als in IAO-verdrag 102. Aan de Code is ook een protocol toegevoegd (waardoor de normen iets hoger liggen) en zijn de eisen voor ratificatie hoger dan bij het IAO-verdrag. Het geschrevenen hierboven over postnatale zorg en kraamzorg voor het IZA-verdrag 102 geldt ook voor de Europese Code voor Sociale Zekerheid.

2.2 Conclusie

Er bestaan internationale afspraken die Nederland verplichtingen opleggen ten aanzien van het treffen van voorzieningen voor postnatale zorg. Dit zijn de IAO-verdragen 102 en 183 en de Europese Code voor Sociale zekerheid.

Uit deze verdragen kan worden afgeleid dat Nederland er voor dient te zorgen dat postnatale zorg beschikbaar is. Postnatale zorg omvat verloskundige zorg, obstetrische zorg en - in Nederland – kraamzorg, gedurende de eerste tien dagen na de bevalling. Er bestaan geen bepalingen over de inhoud en omvang van de postnatale zorg. De verdragen leggen Nederland dus niet de verplichting op in de postnatale zorg te voorzien in onder andere de vorm van kraamzorg, andere vormen van postnatale zorg mogen ook. Daarbij moet wel de kanttekening worden gemaakt dat het moet gaan om in het algemeen erkende goede zorg.
Uit de verdragen en de Code vloeit voort dat de zorg voor alle vrouwen beschikbaar moet zijn en rechtstreeks moet worden verstrekt in natura of door een vergoeding van de door de belanghebbende gedragen kosten. Daarnaast moet de zorg toegankelijk zijn: er mag geen sprake zijn van financiële drempels.

Uit de verdragen vloeit verder voort dat vergoeding van de kosten voor de zorg moet worden verstrekt op grond van de nationale wet- en regelgeving. In de verdragen staan geen bepalingen die aangeven in welke vorm (bijvoorbeeld verzekering, voorziening, toeslag) de verdragsstaat de zorg moet inrichten. In Nederland is gekozen de zorg middels de zorgverzekering beschikbaar te stellen. In hoofdstuk 7 komen we terug op de keuze van dit domein van de Zorgverzekeringswet.

De verdragen geven ook niet aan wát onder postnatale zorg moet worden verstaan. Wat houdt postnatale zorg in? De WHO omschrijft postnatale zorg als zorg die in de eerste zes weken na de bevalling plaatsvindt en het meest noodzakelijk is in de uren en eerste dagen na de geboorte.
In Nederland verstaan wij onder postnatale zorg de (combinatie van) verloskundige zorg, obstetrische zorg en kraamzorg gedurende de eerst tien dagen na de bevalling.

We weten nu de consequenties van internationale afspraken en verdragen. Nederland heeft, met 50 andere landen, deze verdragen geratificeerd, zij het dat

niet alle 50 landen álle artikelen van de verdragen hebben geratificeerd. Hoe geven die landen gevolg aan de verplichting die de IAO-verdragen hen opleggen? In het volgende hoofdstuk bekijken wij hoe de postnatale zorg in een aantal West-Europese landen die het verdrag hebben geratificeerd, te weten Duitsland, België, Frankrijk, Zweden en Zwitserland, is geregeld.

3 Postnatale zorg in een aantal West-Europese landen

In dit hoofdstuk geven wij aan hoe de postnatale zorg in een aantal West-Europese landen, te weten Duitsland, België, Frankrijk, Zweden en Zwitserland, is geregeld. Hoe voorzien deze landen in de zorg voor de moeder en haar pasgeboren baby?

In bijlage 1 'Kraamzorg in West-Europa' vindt u een uitgebreidere beschrijving hoe in verschillende West-Europese landen in postnatale zorg wordt voorzien.

3.1 Postnatale zorg anders dan kraamzorg

3.1.1 Verblijf in ziekenhuis

Een vergelijking van de postnatale zorg in deze landen laat zien dat de organisatie van de postnatale zorg verschilt, maar inhoudelijk is de zorg min of meer gelijk (zie bijlage 1). Typisch kenmerk voor de kraamzorg in Nederland is dat deze thuis, 'achter de voordeur', wordt verleend op aaneenvolgende dagen en tijdens aaneengesloten uren. Deze organisatievorm treffen we in het buitenland niet aan. Desalniettemin wordt er in het buitenland in deze vorm van postnatale zorg voorzien. De eerste dagen na de bevalling vindt dit echter nog niet thuis plaats, maar in het ziekenhuis waar de vrouw is bevallen. Het ziekenhuisverblijf van de vrouw na een poliklinische bevalling zonder medische indicatie in het ziekenhuis is in de vijf landen langer dan in Nederland. In Nederland is de ziekenhuisopname 1,9 dag[2], in Duitsland 3 dagen, in België 4, in Frankrijk 4,2 dagen, in Zweden 2,3 en in Zwitserland 3,6 dagen[3].

3.1.2 Zorg thuis

Na de ziekenhuisopname wordt de postnatale zorg in deze landen meestal verleend door de verloskundige. Zij geeft consulten en/of bezoekt de kraamvrouw en de baby thuis. Dit varieert van een dagelijks bezoek thuis gedurende de eerste tien dagen na de bevalling (Duitsland en Zwitserland) tot een bezoek van een medewerker van Kind en Gezin (vergelijkbaar met ons consultatiebureau) in de eerste veertien dagen na de bevalling (België).
De huisbezoeken van de verloskundige omvatten controle van moeder en kind, uitleg en hulp met lactatie. Deze zorg kan ook in speciale centra voor moeder en kind (vergelijkbaar met ons consultatiebureau) plaatsvinden. Daar worden dan bijvoorbeeld controles van de zuigeling uitgevoerd en borstvoedingsadviezen gegeven.

3.2 Conclusie

In hoofdstuk 2 zagen we dat 50 landen de verdragen hebben geratificeerd zij het dat niet alle 50 landen álle artikelen van de verdragen hebben geratificeerd. Van die 50 hebben wij er in dit hoofdstuk vijf nader bekeken en die vijf landen voorzien allemaal in postnatale zorg, alleen niet op de manier waarop Nederland dat doet (namelijk niet in de vorm van kraamzorg). De invulling van de postnatale zorg verschilt per land, maar kent ook overeenkomsten. Zorginhoudelijk komt de zorg overeen, maar voor Nederland is specifiek dat er minder intramurale zorg wordt verleend en dat de zorg thuis bij het gezin gedurende een aaneengesloten periode wordt verleend. Hoewel de vijf landen en Nederland de postnatale zorg op

[2] Deze duur is exclusief de poliklinische bevalling (en uiteraard de thuisbevalling) zonder medische indicatie. Als we de duur van 1,9 dag hiervoor corrigeren is de ligduur 1,3 dag.
[3] Bron: CBS, http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2014/2014-4188-wm.htm, geraadpleegd 4 december 2014.

verschillende wijzen hebben georganiseerd kunnen we hier concluderen dat Nederland niet het enige land is waar postnatale zorg (waar in Nederland kraamzorg deel van uitmaakt) bestaat.

In het volgende hoofdstuk kijken we hoe Nederland voor wat betreft de kraamzorg, voorziet in de postnatale zorg.

4 Kraamzorg in Nederland: inhoud, omvang en kosten

We hebben hiervoor gezien dat Nederland en 50 andere landen als gevolg van ratificering van IAO-verdragen 'verplicht' zijn zorg te dragen voor postnatale zorg. In het vorige hoofdstuk hebben we op een paar landen ingezoomd om te zien hoe zij voorzien in de postnatale zorg. In dit hoofdstuk kijken we hoe Nederland voorziet in de postnatale zorg. In Nederland maakt kraamzorg onderdeel uit van de postnatale zorg. Maar, wat houdt de kraamzorg precies in? In dit hoofdstuk schetsen wij eerst kort de geschiedenis van de kraamzorg en geven vervolgens aan welke zorgvraag aan kraamzorg ten grondslag ligt (4.2) en wat het doel van de kraamzorg is (4.3). Daarna volgt een beschrijving van de omvang (4.4) en inhoud van kraamzorg (4.5). In het volgende hoofdstuk toetsen wij vervolgens de inhoud aan de pakketcriteria.

4.1 Een Nederlandse traditie

Kraamverzorging kent een lange traditie in Nederland. Vroeger waren er vroedvrouwen en bakers. Een baker was wat we tegenwoordig een kraamverzorgende noemen. Zij begeleidde de vroedvrouw en was een paar dagen vóór en na de bevalling in huis. Een belangrijke taak van de baker was het inbakeren van het kind[4], vandaar de naam baker. Een baker moest iemand zijn met veel ervaring en liefst zelf ook kinderen hebben. De baker had geen opleiding genoten. Een opleiding voor kraamvrouwverpleging kwam er rond 1900.[5]

4.2 Zorgbehoefte

Na de bevalling heeft de moeder behoefte aan zorg. De zorg moet haar en haar partner op weg helpen in de nieuwe situatie en hen in staat stellen na de kraamperiode zelf voor hun baby te zorgen, kortom: de zorg moet de basis leggen voor een gezonde start, aldus de beroepsgroep. Ook de pasgeboren baby heeft behoefte aan zorg. Er kunnen risico's zijn die door de ouders niet als zodanig worden herkend zoals veel huilen, afwijkende groeicurve, geel zien van de baby. Daarnaast heeft de kraamvrouw mogelijk weinig of geen relevante kennis en mist zij praktijkervaring.

4.3 Een gezonde start

De kraamzorg in Nederland heeft zich een gezonde start van het pasgeboren kind en zijn moeder tot doel gesteld. Een gezonde start is van belang voor een gezonde ontwikkeling van het kind.

De beroepsgroep stelt zich het volgende doel met de kraamzorg:

- Medische zorgverlening moeder en empowerment
- Preventie gericht op moeder, kind en gezin
- Instructie, aanleren nieuwe vaardigheden
- Risicosignalering – management
- Dossiervorming en communicatie en overdracht.

4.4 Omvang kraamzorg

4.4.1 Aantal kraamvrouwen

Ongeveer een derde van alle zwangeren in Nederland bevalt onder begeleiding van

[4] Inbakeren is het in doeken wikkelen van een baby van schouders tot en met voetjes.

[5] Na deze professionalisering van het beroep werd er minder vertrouwd op de informatie van bakers en daar komt de term 'bakerpraatjes' vandaan.

een verloskundige thuis of in een instelling. Een zogenaamde poliklinische bevalling kan in een ziekenhuis of in een andere instelling, een geboorte- of kraamhotel plaatsvinden. Het grootste deel van de vrouwen die poliklinisch bevalt, gaat binnen 24 uur na de bevalling naar huis. Ook vrouwen die met een medische indicatie in het ziekenhuis zijn bevallen, kunnen als zij weer thuis zijn, kraamzorg ontvangen[6]. Veel vrouwen maken dus (een deel van) de kraamperiode in de thuissituatie door. In Nederland ontvangt 95% van alle kraamvrouwen kraamzorg.

4.4.2 Aantal uren kraamzorg

Niet iedere kraamvrouw krijgt evenveel uren kraamzorg. Hoeveel uren kraamzorg aan de individuele moeder en kind nodig zijn, is afhankelijk van de situatie van de vrouw, van haar zorgbehoefte en van het professionele oordeel van de beroepsbeoefenaar die de indicatie stelt. De beroepsbeoefenaar gebruikt het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg (LIP) voor de toekenning van het aantal uren kraamzorg. Per cliënt kan de omvang en de inhoud van de te verlenen kraamzorg dus verschillen. De minimumomvang van de kraamzorg bedraagt 24 uur en het maximum aantal uren kraamzorg is 80 uur, verdeeld over 10 dagen.

4.5 Zorg door een kraamverzorgende tijdens de kraamtijd

De inhoud van de kraamzorg kunnen we als volgt indelen:

1. *Verzorging*: Ondersteuning, begeleiding, verzorging en controle van de moeder en het kind tijdens en na de bevalling. (zie 4.5.1).
2. *Voorlichting*: Voorlichting en instructie aan de moeder en haar partner (zie 4.5.2).
3. *Signalering*: Observatie, signalering en rapportage over de voortgang van zaken in het kraambed aan de verloskundige, de kraamzorgorganisatie en de jeugdgezondheidszorg (zie 4.5.3).
4. *Basishuishoudelijke taken* (4.5.4)

In de volgende paragrafen gaan we op deze vier aspecten nader in.

4.5.1 Verzorging

4.5.1.1 Partusondersteuning

De bevalling vindt plaats onder leiding van een verloskundige of verloskundige actieve huisarts. Daarnaast kan de vroegtijdige aanwezigheid van de kraamverzorgende bij de baring gewenst zijn, ten behoeve van de emotionele en fysieke ondersteuning van de barende (en haar partner). Deze zorg is onderdeel van het bieden van professionele continue ondersteuning aan iedere barende, waarbij de baring thuis, poliklinisch in het ziekenhuis of in een geboortecentrum kan plaatsvinden[7]. Tijdens de uitdrijvingsfase en de eerste uren na de bevalling is een kraamverzorgende aanwezig om de verloskundige te assisteren.

4.5.1.2 Verzorging na de bevalling

De kraamverzorgende helpt de kraamvrouw op weg door in de kraamperiode een aantal taken van de kraamvrouw over te nemen en haar te begeleiden, zodat de moeder zowel lichamelijk als geestelijk kan herstellen. De kraamverzorgende geeft de juiste (medische) verzorging aan de moeder en de pasgeborene. De kraamverzorgende draait een aantal dagen mee in het gezin. Met de kraamzorg in huis heeft de vrouw niet meteen de volledige verantwoordelijkheid, maar wordt zij op weg geholpen zelf voor haar baby te zorgen. Wanneer er één of meer andere

---

[6] Het aantal uren kraamzorg dat in het ziekenhuis is verleend, wordt in mindering gebracht op het aantal uren kraamzorg waar de kraamvrouw thuis nog aanspraak op kan maken.

[7] KNOV, Actiz: Kwaliteitskader vervroegde partusondersteuning kraamverzorgenden

kinderen onder de zes jaar in het gezin aanwezig zijn, begeleidt de kraamverzorgende de integratie van het pasgeboren kind in het gezin.

4.5.2 *Voorlichting en instructie*

De kraamverzorgende geeft informatie over de gezondheid die van belang is voor het kraamgezin. Zij leert vaardigheden aan en geeft bijvoorbeeld adviezen over voeding, voorlichting over hygiëne, slaap-/waakritme van het kind, huilgedrag en troosten, meeroken, veiligheid in huis, vitamine K, naar buiten gaan en vervoer van het kind en instructie over bijvoorbeeld de ligging van de pasgeborenen. Ook preventie van wiegendood en (borst)voeding behoren tot de onderwerpen waar de kraamverzorgende voorlichting over geeft.

4.5.3 *Observatie, signalering en rapportage*

Pasgeboren kinderen zijn kwetsbaar en afhankelijk van anderen voor een gezonde en veilige omgeving en het herkennen van hun behoeftes. De kraamverzorgende heeft in de eerste levensdagen van het kind een belangrijke rol voor het herkennen van risicosignalen. Naast de verzorging observeert de kraamverzorgende, zij signaleert medische of psychosociale risico' en intervenieert direct indien nodig of schakelt tijdig (andere) medische professionals in. Tijdig signaleren van problemen of tekenen die later tot een risico kunnen leiden is een basaal onderdeel van de zorg aan het jonge kind. Het in een vroeg stadium onderkennen van bijvoorbeeld psychosociale risico's in het gezin (zoals geweld, Shaken Baby Syndrom), kan veel problemen voor het kind in de toekomst voorkomen. De kraamverzorgende intervenieert of meldt afwijkende gezondheidsproblemen van moeder en/of kind bij de verloskundige of de huisarts en rapporteert aan de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) die het kind in de verdere ontwikkeling volgt. Met het signaleren en rapporteren van eventuele gezondheidsrisico's verleent de kraamverzorgende preventieve zorg.

Zoals hiervoor is aangegeven, is de kraamverzorgende gedurende een aantal dagen in het gezin aanwezig; zij verleent haar zorg 'achter de voordeur'
Dit bijzondere kenmerk van deze zorg is een vereiste om de signaleringsfunctie goed te kunnen uitvoeren en eventuele risico's op medisch of psychosociaal gebied[8] te signaleren Immers, dan kan zij de totale thuissituatie, zoals de hygiëne in huis, de gezinsrelaties etc. goed waarnemen. De kraamverzorgende heeft een signalerende functie ten behoeve van de verloskundige of huisarts.

4.5.4 *Basishuishoudelijke taken*

In de periode dat de kraamverzorgende in het gezin aanwezig is, voert zij een aantal huishoudelijke taken uit. De uitvoering van deze taken is geen doel op zich. De huishoudelijke taken zijn noodzakelijk om de hygiëne rond de kraamvrouw en haar baby te waarborgen. Deze taken zijn derhalve noodzakelijk in verband met veiligheid en preventie. Daarnaast voert de kraamverzorgende huishoudelijke taken uit die bijdragen aan het doel de kraamvrouw op weg te helpen De uitvoering van huishoudelijke taken kan worden ingebed in de uitvoering van de andere taken zoals signalering en voorlichting[9].

4.5.4.1 Preventie wiegendood

Alle aanstaande ouders ontvangen preventieve adviezen om hun baby veilig te slapen te leggen. De kraamverzorgende is degene in de zorgketen die met de implementatie van deze adviezen begint. Zij beoordeelt het beddengoed op

---

[8] .

[9] Het huishoudelijk werk van de kraamverzorgende kan vergeleken worden met het werk van een stewardess aan boord van een vliegtuig. Primaire taak van de stewardess is de veiligheid van de passagiers te bewaken. Het koffie schenken tijdens de vlucht kan gezien worden als een taak die zij uitvoert omdat ze toch in het vliegtuig aanwezig is.

veiligheid (geen dekbed of kussens, geen zacht matras) en of het bedje op de juiste wijze is opgemaakt. De kraamverzorgende doet voor hoe het bedje moet worden opgemaakt, herhaalt dit zonodig en zorgt er op deze manier voor dat de adviezen 'inslijpen'.

4.5.4.2 Borstvoeding

De voordelen van borstvoeding zijn groot. Het heeft een positief effect op de gezondheid van moeder en kind. Het zorgt voor een verkleining van sociaal-economische gezondheidsverschillen en voor een kostenbesparing in de gezondheidszorg.[10] Toch krijgen te weinig kinderen in Nederland borstvoeding en is ook de periode vaak te kort. In 2010 gaf 74% van de vrouwen borstvoeding vanaf de geboorte. Dit percentage is sinds 2005 licht gedaald.[11]
De WHO adviseert om kinderen in hun eerste zes levensmaanden uitsluitend borstvoeding te geven. Hoewel dit advies in Nederland onderschreven wordt, krijgt minder dan 20% van de kinderen van zes maanden nog uitsluitend borstvoeding. Dit betekent dat van de 175.000 kinderen die jaarlijks geboren worden, 140.000 kinderen niet optimaal profiteren van de gezondheidseffecten van borstvoeding. Belangrijke redenen om te stoppen zijn problemen met de aanlegtechniek, twijfel over de hoeveelheid moedermelk en terugkeer naar het werk. Veel vrouwen die gestopt zijn, geven aan dat zij hierover teleurgesteld zijn en graag waren doorgegaan[12].
Wanneer vrouwen borstvoeding willen geven, is begeleiding en ondersteuning bij het geven van borstvoeding, zowel tijdens de zwangerschap, de kraamperiode als de periode daarna een belangrijke voorwaarde voor het succes ervan. Kraamverzorgenden ondersteunen de moeder conform de richtlijn borstvoeding bij het op gang brengen van borstvoeding en leren de moeder om goed aan te leggen.

4.6 Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg

In paragraaf 4.4.2 is het Landelijk Indicatie Protocol al genoemd. Volgens dit protocol vindt voor de 32e week van de zwangerschap een intake plaats via een huisbezoek en/of telefonisch. In dit gesprek geeft de kraamzorginstelling voorlichting over de inhoud en (on)mogelijkheden van kraamzorg en brengt de specifieke situatie, wensen en zorgvragen van het gezin zo veel mogelijk in kaart. Bij de start van de zorg in het kraambed vindt opnieuw een beoordeling van de zorgbehoefte plaats. In overleg met de verloskundige kan tijdens de kraamperiode nog een herindicatie plaatsvinden. Op dit moment wordt de aard en de omvang van de te verlenen kraamzorg waarop de kraamvrouw en het kind redelijkerwijs zijn aangewezen, geïndiceerd met behulp van het LIP. Het samenstellen van een kraamzorgpakket is afhankelijk van de situatie van de cliënt, van de zorgbehoefte van de cliënt en van het professionele oordeel van de beroepsbeoefenaar die de indicatie stelt. Er zijn drie pakketten te onderscheiden. (het aantal uren kraamzorg in deze pakketten betreft de postnatale zorg, dus exclusief de uren voor de partusondersteuning)

4.6.1 Minimumpakket

Het 'Minimumpakket' kraamzorg is gebaseerd op het wettelijke minimum van 24 uur postnatale zorg en omvat verzorging en controle van kraamvrouw en kind, voorlichting, instructie en observeren, en signaleren en rapporteren. Het protocol vermeldt uitdrukkelijk dat dit pakket niet is samengesteld op basis van wat nodig is om goede en passende kraamzorg te verlenen.

---

10 'Charter voor borstvoeding', Stichting Voedingscentrum Nederland, 2014.
11 Zorgbalans 2014, de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg (RIVM).
12 Concept Zorgstandaard Integrale geboortezorg', 14 november 2014

De samenstelling en omvang van het minimumpakket kraamzorg is:

Kraamvrouw en kind: verzorging en controle	10
Observeren, signaleren en rapporteren	4
Voorlichting, instructie en integratie tweede kind in het gezin	10
Totaal	24

4.6.2 *Basispakket*

In het 'Basispakket' kraamzorg wordt ook aandacht besteed aan het geven van borstvoeding. Hiermee wordt aangesloten bij het advies van de WHO, dat ook in Nederland is overgenomen, namelijk dat borstvoeding de eerste keuze is boven kunstvoeding in verband met aantoonbare gezondheidswinst. Verder omvat het Basispakket naast de taken van het minimumpakket 'integratie kind in het gezin' (bij tweede en volgende kind), 'waarborgen hygiëne' en 'basis huishoudelijke taken'.

De samenstelling en omvang van het basistakenpakket kraamzorg is:

Kraamvrouw en kind: verzorging en controle	16
Waarborgen hygiëne	8
Huishoudelijke basistaken	8
Observeren, signaleren en rapporteren	5
Voorlichting, instructie en integratie tweede kind in het gezin	12
Totaal	49

4.6.3 *Kraamzorg op maat*

Het derde pakket 'Kraamzorg op Maat' is van toepassing in situaties waarin er iets met de moeder en/of het kind aan de hand is of in de omgevingssituatie. Bij het realiseren van Kraamzorg op Maat zijn producten en bijbehorende activiteiten opgenomen die alleen worden uitgevoerd in situaties die vragen om een nieuwe afweging. De zorg omvat bijvoorbeeld ook extra zorg bij instabiele of zorgelijke gezinssituaties, wanneer het herstel niet zo goed verloopt als verwacht, wanneer de borstvoeding niet op gang komt, verzorging van (zieke) huisgenoten en/of ondersteuning van extra huishoudelijke taken. De zorg bedraagt maximaal 80 uur.

(Een uitgebreide beschrijving van de inhoud van de kraamzorg en de taken van de kraamverzorgende vindt u in bijlage 2: Factsheet kraamzorg).

4.7 Kosten en eigen bijdrage

De kosten van de kraamzorg, gebaseerd op de gegevens van 2011, zijn als volgt.

4.7.1 *Totale kosten*

In 2011 bedroegen de totale kosten van alle zorg rond zwangerschap, bevalling en kraambed ruim 1,9 miljard euro. Dit komt neer op 2,2% van de totale kosten van de gezondheidszorg in Nederland. Twee derde (67%) van de kosten rond zwangerschap, bevalling en kraambed worden uitgegeven aan ziekenhuiszorg en medisch-specialistische zorg, 14% gaat naar kraamzorg en 12% naar eerstelijnszorg[13]. In bijlage 3 is een overzicht van de kosten van de kraamzorg voor de jaren 2006 tot en met 2013 weergegeven. De totale kosten voor bijvoorbeeld 2013 bedragen € 306 miljoen. Hiervan komt € 282 miljoen ten laste van de Zorgverzekeringswet. De overige € 24 miljoen wordt opgebracht door de inning van de eigen bijdrage bij de verzekerden (6.000.000 uren x € 4,-)[14]. Voor de eigen

13 http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/zwangerschap-bevalling-en-kraambed/kosten/

14 De totale lasten kraamzorg en de eigen bijdragen zijn op het moment van verschijnen van dit rapport voorlopige

bijdrage zie 4.7.3.

4.7.2 *Kosten per kraambed*

Uitgaande van 175.000 geboortes, en ervan uitgaande dat bij 95% van de bevallingen kraamzorg is verleend (zie 4.4.1), zijn de gemiddelde kosten voor kraamzorg per kraambed in 2011 ongeveer € 266 miljoen ./. 166.250 = € 1.600,- voor moeder en kind, voor ieder dus ongeveer € 800,-.

4.7.3 *Eigen bijdrage*

Voor de verleende kraamzorg (thuis of in een instelling zonder een medische indicatie), moet de verzekerde een eigen bijdrage betalen. De eigen bijdrage bedroeg in 2012 en in 2013 € 4,- per uur en bedraagt in 2014 € 4,10 per uur. Voor 49 uur ontvangen kraamzorg moet dus € 200,90 aan eigen bijdrage worden betaald (behalve voor de uren kraamzorg in het ziekenhuis).

In dit hoofdstuk hebben we gezien dat een pas bevallen moeder en haar baby behoefte hebben aan zorg (4.2). Voorts hebben we gezien wat de interventie kraamzorg inhoudt: een combinatie van verzorging (geneeskundig en ondersteunend), signalering (gericht op preventie) en voorlichting, die geïntegreerd wordt aangeboden. In het volgende hoofdstuk geven we antwoord op de vraag of deze interventie in de basisverzekering van de Zorgverzekering thuishoort.

5 Toetsing van de kraamzorg aan de pakketcriteria

In dit hoofdstuk geven we antwoord op de vraag of de interventie kraamzorg in de basisverzekering van de Zorgverzekering thuishoort. Bij het toetsen of zorg onder de basisverzekering valt, hanteert Zorginstituut Nederland een beoordelingskader dat is gebaseerd op vier criteria: noodzakelijkheid, effectiviteit en kosteneffectiviteit en op uitvoerbaarheid. De kraamzorg is als één samenhangend geheel van interventies getoetst. De verschillende onderdelen van de kraamzorg zijn dus niet afzonderlijk getoetst. Hieronder gaan wij op de vier criteria in.

5.1 Noodzakelijkheid

Het criterium noodzakelijkheid heeft twee dimensies: ziektelast en ‘noodzakelijk te verzekeren’.

5.1.1 Ziektelast

De noodzaak van zorg ontlenen wij aan de ernst van de aandoening: de ziektelast. Gedurende een zwangerschap en bij een bevalling kunnen er gezondheidsrisico's ontstaan, zowel voor moeder als kind. Dan is er sprake van een classificatie in de ICD-10[15]. In die gevallen ontstaat een ziektelast; deze kent een variatie, immers de zwaarte van de ziektelast is afhankelijk van het specifieke gezondheidsrisico.
Maar zwangerschap en bevalling is op zich geen aandoening en een bevalling kan probleemloos verlopen. In die gevallen is de ziektelast niet in een getal uit te drukken.

Los van wel of geen ziektelast, dat zorg noodzakelijk is bij zwangerschap en bevalling om op mogelijke gebeurtenissen adequaat te kunnen reageren, staat niet ter discussie[16]. De zorg kan zowel curatieve zorg zijn in verband met het gezondheidsrisico, als preventieve zorg om de gezondheidsrisico's voor moeder en kind te voorkomen. De zorg houdt niet op bij de begeleiding van de zwangerschap en de bevalling. Ook postnataal is zorg noodzakelijk om de gezondheid van moeder en kind te borgen. Kraamzorg wordt ingezet als postnatale zorg ter ondersteuning van het herstel van de moeder en het 'goede begin' van het kind.

Om de noodzaak van kraamzorg zo duidelijk mogelijk in beeld te krijgen, kunnen we deze ook benaderen aan de hand van de hypothese dat er géén kraamzorg is. Wat zou dat voor gevolgen kunnen hebben?

- In de eerste plaats kan dat leiden tot medicalisering van de kraamtijd. De kans is groot dat kraamvrouwen, net als in de ons omringende landen (zie hoofdstuk 3.1.1) na de bevalling langer in het ziekenhuis verblijven.
- Er is geen sprake meer van kraamzorg zoals we die nu kennen die volledige invulling geeft aan de drie aspecten verzorging, signalering en voorlichting in de thuissituatie. Net als in de ons omringende landen zal de verloskundige in plaats van de kraamverzorgende deze postnatale zorg moeten gaan verlenen (zie hoofdstuk 3.1.2). Omdat de zorg dan niet meer aaneengesloten achter de voordeur wordt verleend, neemt de intensiteit van de signaleringsfunctie (preventie) af met als gevolg een grotere mogelijkheid dat risico’s niet worden gesignaleerd.
- Omdat de kraamverzorgende niet meer de signalerende functie vervult, zal deze taak naar de verloskundige verschuiven.
- De thuisbevalling moet anders worden georganiseerd, omdat de

[15] Internationale Statistische Classificatie van Ziekten en met Gezondheid verband houdende Problemen

[16] In termen van de Zorgverzekeringswet uitgedrukt: er is een behoefte aan geneeskundige zorg.

partusassistentie door de kraamverzorgende ontbreekt.

Samengevat, omdat een (probleemloze) zwangerschap en bevalling niet passen in het gangbare ziektelastbegrip van aandoeningen, is de ziektelast niet uit te drukken in één getal. Maar zwangerschap en bevalling leiden tot een behoefte aan geneeskundige zorg. Kraamzorg is zowel curatief als preventief (signalerend) en leidt tot herstel van de moeder en een goed begin voor het kind. In die zin merken we de (kraam)zorg aan als noodzakelijke zorg.

5.1.2 *Noodzakelijk te verzekeren zorg*

De noodzakelijkheid om zorg te verzekeren bepalen wij over het algemeen aan de hand van antwoorden op de vragen of de zorg(vraag) voorzienbaar is en of de kosten door de individuele patiënt gedragen kunnen worden.

Bij veel mensen is de zwangerschap gepland, de bijbehorende kosten voor de kraamzorg kunnen dus voorzienbaar worden genoemd. Maar dat geldt voor het geheel aan geboortezorg (dus ook voor verloskundige zorg en obstetrische zorg).

In paragraaf 4.6.2. hebben we gezien dat de kosten voor kraamzorg per kraambed ongeveer € 1.600,- voor moeder en kind bedragen. Of deze kosten voor de individuele patiënt te dragen zijn, is sterk afhankelijk van de individuele situatie. Sommige gezinnen zullen zich de kraamzorg wel kunnen veroorloven, andere gezinnen niet. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft in onderzoek geconstateerd dat risicogezinnen minder kraamzorg afnemen vanwege onder meer de eigen bijdrage die zij daarvoor moeten betalen[17]. De inzet van zorg, ook voor het kind, wordt dan afhankelijk van de financiële mogelijkheden van de ouders. Dit is ongewenst. Bovendien zullen juist gezinnen, waar de kraamzorg het hardst nodig is, zich deze zorg niet kunnen veroorloven. Tegelijkertijd bestaat het risico dat gezinnen die de kosten van kraamzorg wel kunnen dragen, de zorg toch niet ‘inkopen’, omdat zij zich niet bewust zijn van de noodzaak van kraamzorg. In beide situaties is sprake van onderconsumptie van zorg.

5.1.3 *Conclusie*

Zwangerschap en bevalling zijn geen aandoeningen, maar leiden wel tot een behoefte aan geneeskundige zorg, zowel curatief als preventief. De kraamzorg gezien als één geheel aan activteiten, dus inclusief de basishuishoudelijke taken, beschouwen wij als noodzakelijke zorg rond de bevalling. Als de zorg voor eigen rekening komt en daarmee de toegang tot de zorg wordt overgelaten aan de eigen verantwoordelijkheid, is de toegankelijkheid niet meer geborgd. Dit kan leiden tot het niet afnemen van deze zorg met alle risico’s van dien.

5.2 Effectiviteit

Een voorwaarde voor zorg om onder de verzekeringsdekking van het basispakket van de Zorgverzekeringswet te vallen, is dat de zorg volgens de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ als effectief kan worden beschouwd. Dit criterium ‘stand van de wetenschap en praktijk’ is met name voor gezondheidsgerelateerde zorg van toepassing. Voor zorg of diensten (bijvoorbeeld ziekenvervoer of hulpmiddelen) die minder of geen wetenschappelijke status hebben is wetenschappelijke bewijsvoering daarbij niet aan de orde, maar op enigerlei wijze zal wel nagegaan moeten (kunnen) worden of de zorg of dienst in staat is te doen wat deze beoogt te doen en of de veiligheid en het gebruikersgemak gewaarborgd zijn. Aan de hand van bijvoorbeeld een praktijkevaluatie en/of consumentenonderzoek kan hierop een antwoord worden

[17] Inspectie voor de Gezondheidszorg, Verbetering nodig in de samenwerking tussen kraamzorg en JGZ voor verantwoorde geboortezorg, Utrecht, juni 2014.

gegeven. Kraamzorg is zorg die onder verzorging valt. Voor deze zorg is wetenschappelijke bewijsvoering naar de effectiviteit niet aan de orde, maar wel moet nagegaan kunnen worden of deze zorg doet wat hij beoogt te doen.

Er zijn onderzoeksresultaten op basis van andere studies dan effectiviteitsstudies. Die studies laten de volgende resultaten zien:

a. In Nederland krijgt 96% van de autochtone zwangeren kraamzorg en 95% van de westerse allochtone vrouwen[18]. Onder niet-westerse allochtone vrouwen is dit percentage lager, namelijk 89%[19].
b. De tevredenheid van moeders over de kraamverzorging is groot. 95% van de bevallen vrouwen is erg tevreden over de kraamzorg[20].
c. 80% van alle kraamvrouwen is aan het einde van de kraamperiode geheel in staat de verzorging van de baby en hen zelf op zich te nemen[21]. Er zijn aanwijzingen dat de kraamzorg het welzijn en de zelfredzaamheid van vrouwen beïnvloedt.
d. In de afgelopen 25 jaar is het sterftecijfer aan wiegendood sterk gedaald: van 91 per 100.000 levend geborenen tot 9 op 100.000 levend geborenen. De wiegendoodpreventie heeft in Nederland jaarlijks naar schatting 180 sterfgevallen voorkomen[22] [23].
e. Kraamzorg draagt bij aan het tot stand brengen van geslaagde borstvoeding[24]. Aan het eind van de kraamtijd geeft bijna driekwart van de vrouwen borstvoeding[25].
f. In gezinnen waar de kraamverzorgende is geweest, wordt in huis minder gerookt en vaker borstvoeding gegeven[26].
g. Ook zijn er aanwijzingen dat kraamzorg thuis bijdraagt aan het signaleren van gezondheidsrisico's bij moeder en kind. In 12 tot 15% van de kraambedden werden problemen gesignaleerd zoals bloedingen en postpartum depressie bij de moeder en groei- en voedingsproblemen bij de pasgeborene[27].
h. In 56% van de gezinnen signaleert de kraamverzorgende een kritische situatie, waarvan in bijna 10% onmiddellijk handelen nodig is; dat is acute medische zorg, waarin de kraamzorg de eerste schakel is en soms in noodgevallen de uitvoerende schakel. In 3% van de gezinnen leiden kritische observaties door de kraamverzorgenden tot acute ziekenhuisopname[28].
i. Een continue begeleiding tijdens de bevalling verkleint de baringsduur en verkleint de kans op medisch ingrijpen tijdens de bevalling, maakt de noodzaak tot medicamenteuze pijnstilling minder en de tevredenheid van de barende vrouw groter[29].

---

[18] In achterstandswijken ligt dit percentage veel lager.
[19] TNO Kennissynthese Kraamzorg, juli 2013
[20] Geboortezorg in Nederland juni 2014. In: Zorgbalans. Bilthoven: RIVM, <http://www.gezondheidszorgbalans.nl> Zorgbalans, 5 juni 2014
[21] TNO Kennissynthese Kraamzorg, juli 2013
[22] Het feit dat de ouders in Nederland in de gehele zorgketen bij herhaling dezelfde preventieve adviezen krijgen, onderscheidt ons land van andere westerse landen. De daling van dit sterftecijfer is in de vijf West-Europese landen die wij in hoofdstuk 3 nader bekeken, in Nederland het laagst ten opzichte van de andere vijf landen.
[23] De afname van wiegendood geldt overigens vooral bij autochtonen. Voorts zijn er kwetsbare groepen die de adviezen slechter opvolgen zoals laagopgeleide ouders en tienermoeders. NTvG 2014; 158:A7718
[24] TNO Kennissynthese Kraamzorg, juli 2013
[25] Geboortezorg in Nederland juni 2014. In: Zorgbalans. Bilthoven: RIVM, <http://www.gezondheidszorgbalans.nl> Zorgbalans, 5 juni 2014
[26] NTvG 2014; 158:A7718
[27] TNO Kennissynthese Kraamzorg, juli 2013
[28] Resultaat van een registratieonderzoek door kraamzorg De Waarden uitgevoerd in de maand november 2014
[29] Tijdschrift voor Verloskundigen, september 2013, KNOV

Op basis van deze gegevens concluderen wij dat de opbrengsten van kraamzorg aannemelijk zijn. zoals zij bijdragen aan het voorkomen van wiegendood, het tot stand brengen van borstvoeding, het vroegtijdig signaleren van gezondheidsrisico's bij moeder of kind, het vergroten van het welzijn en de zelfredzaamheid van kraamvrouwen.

5.2.1 Conclusie

Gezien de opbrengsten van de kraamzorg, concludeert Zorginstituut Nederland dat kraamzorg bijdraagt aan de gezondheid en aan de goede start van moeder en kind. Kraamzorg leent zich echter niet eenvoudig voor een toets aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Het Zorginstituut meent wel dat de kraamzorg voldoet aan het criterium verantwoorde en adequate zorg en diensten. Voor zover de hiervoor gepresenteerde resultaten een geneeskundig karakter hebben, zoals de bijdrage aan het voorkomen van wiegendood, het op gang brengen van borstvoeding en het signaleren en helpen voorkomen van gezondheidsrisico's, zijn deze opbrengsten te omschrijven in termen van effectiviteit. De precieze bijdrage van de kraamzorg hieraan is niet eenvoudig in maat en getal uit te drukken.

5.3 Kosteneffectiviteit

Bij de kosteneffectiviteit beoordelen we of de verhouding tussen de kosten en de effecten acceptabel is. Idealiter onderzoeken we dit met kosteneffectiviteitanalyses waar twee interventies of situaties met elkaar worden vergeleken voor wat betreft de kosten en de effecten.
Voor het berekenen van de kosteneffectiviteit zijn momenteel echter te weinig gegevens beschikbaar. Voorts ontbreekt zorg waarmee de kraamzorg vergeleken kan worden ('gebruikelijke zorg' is hier ook niet te omschrijven).
We hebben eerder geschetst dat de omvang van de kraamzorg varieert. De kosteneffectiviteit van de kraamzorg kan vergroot worden door de juiste omvang voor de juiste cliënten te indiceren. Wij komen hier in hoofdstuk 6 op terug.

5.4 Uitvoerbaarheid

Het criterium uitvoerbaarheid is meer gericht op de randvoorwaarden voor invoering van nieuwe zorg en is daarmee van een andere orde dan de eerste drie criteria. Kraamzorg maakt al deel uit van het basispakket: van invoering is geen sprake. Overigens zijn er geen signalen dat de kraamzorg niet uitvoerbaar zou zijn: de uitvoerbaarheid heeft zich in de huidige praktijk bewezen.
Op de mogelijkheid de kraamzorg op andere wijzen dan via de zorgverzekering aan te bieden en de daarbij horende uitvoeringsaspecten, komen we later in dit rapport terug. Omdat van invoering geen sprake is, gaan we hier niet verder op het criterium uitvoerbaarheid in.

5.5 Conclusie

De minister heeft het Zorginstituut Nederland gevraagd op basis van de pakketcriteria een advies uit te brengen over de aanspraak op kraamzorg. In dit hoofdstuk hebben wij de kraamzorg getoetst aan de vier pakketcriteria. Het criterium 'uitvoerbaarheid' is niet relevant. We beschikken niet over kosteneffectiviteitgegevens, waardoor we de kosteneffectiviteit niet kunnen berekenen. De resultaten van de toetsing aan de criteria 'noodzakelijkheid' en 'effectiviteit' geven het Zorginstituut geen aanleiding de Minister te adviseren kraamzorg uit het basispakket te schrappen.

In de volgende hoofdstukken bespreekt het Zorginstituut aspecten die een rol kunnen spelen bij die beslissing. Als er wordt besloten de kraamzorg in het pakket te handhaven, kan de kraamzorg dan in de huidige vorm deel blijven uitmaken van

het basispakket? In het volgende hoofdstuk gaan we in op de wijze waarop de inhoud en omvang van de kraamzorg thans in het basispakket zijn geregeld en hoe die op de individuele behoefte van de kraamvrouw en haar baby kunnen worden afgestemd.

6 Inhoud en omvang van de kraamzorg

De inhoud en omvang van kraamzorg waarop de individuele kraamvrouw en haar pasgeboren baby 'redelijkerwijs zijn aangewezen'[30] hangt af van haar persoonlijke situatie en dient daar op aangepast te worden. Op deze aspecten, inhoud en omvang van de kraamzorg, gaan we in de volgende paragrafen in.

6.1 Wat moet de inhoud zijn?

Kraamzorg is in het basispakket opgenomen en omvat volgens het Besluit zorgverzekering 'zorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling, gedurende ten hoogste tien dagen, te rekenen vanaf de dag van bevalling'. In deze en de volgende paragraaf gaan we in op de inhoud en omvang van kraamzorg die de individuele kraamvrouw en haar kind nodig heeft. Want, niet iedere kraamvrouw en iedere pasgeboren baby hebben dezelfde kraamzorg nodig.

In paragraaf 4.6 hebben we gezien dat tijdens de zwangerschap en aan het begin van de zorg in het kraambed, de zorgbehoefte wordt vastgesteld en dat er drie kraampakketten zijn te onderscheiden: het minimum pakket, het basispakket en Kraamzorg op maat. Ook is in paragraaf 4.6 weergegeven wat de pakketten aan onderscheiden producten inhouden. Hoe weet je welke onderdelen verouderd zijn of welke nieuwe, goede zorg voorhanden is? In het geval van de kraamzorg, kan de Kennisagenda kraamzorg een rol spelen.

ZonMw heeft in samenspraak met het ministerie van VWS besloten een kennisagenda voor de kraamzorg op te stellen. De aanleiding voor deze kennisagenda is de behoefte aan onderbouwing van het professionele handelen van de kraamzorg. Zowel ten behoeve van de professionalisering en de kwaliteit van de zorg, het ontwikkelen van landelijke richtlijnen, als ook om goede afspraken te kunnen maken met ketenpartners is het belangrijk om zichtbaar te maken wat de waarde is van de kraamzorg binnen het netwerk van geboortezorg[31].

De kennisagenda geeft aan welke onderwerpen vragen oproepen en waarvoor nader onderzoek aangewezen is. De resultaten van dit onderzoek dragen bij aan een gefundeerde aanpassing van de inhoud van de zorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden of met andere woorden, aan het professionele arsenaal van de beroepsgroep kraamzorg.

Voorbeelden van vragen zijn:

- Moeten huishoudelijke taken behoren tot het takenpakket van een kraamverzorgende? En indien ja, voor welke gezinnen is dat geïndiceerd?
- Wat kun je vragen van de omgeving (familie en mantelzorgers) van een zwangere
- Moet de zorg voor een eerste en tweede kind in omvang wel gelijk zijn? (zie 7.3)

Ook speelt het onderzoeksprogramma Healthy Pregnancy 4 All-2[32] een belangrijke

[30] In het Besluit zorgverzekering artikel 2.1, lid 3 is bepaald dat een verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft, voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
[31] Concept Kennisagenda Kraamzorg, ZonMw
[32] Een landelijk project van het Erasmus MC, gesubsidieerd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

rol bij het nader vormgeven van de inhoud van de toekomstige kraamzorg. Het kraamzorgproject binnen dit programma zal nadere informatie en gegevens opleveren over het omgaan met geneeskundige en sociaal-medische risico's en de specifieke interventies die daar door de kraamzorg voor worden ingezet. Dit betreft met name de zorg in achterstandgroepen. De overdracht van deze zorg naar de huisarts en de jeugdgezondheidszorg zijn ook onderdeel van dit onderzoeksprogramma. Nieuwe, effectief gebleken interventies en zorgpaden, ontwikkeld in dit programma dienen te worden opgenomen in het professionele arsenaal van de beroepsgroep van kraamverzorgenden en zijn dan onderdeel van de 'zorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden' en daarmee verzekerde zorg.

In het Besluit zorgverzekering zijn alle te verzekeren prestaties open en functioneel omschreven via het begrip 'plegen te bieden'. Zo ook de kraamzorg. Voordeel van een open omschrijving is dat (onderdelen van) zorg die verouderd zijn of niets opleveren, uit het pakket verdwijnen en dat nieuwe zorg, die als effectief te beschouwen is, automatisch instroomt.

Indien de onderzoeksresultaten van de kennisagenda leiden tot 'nieuwe kraamzorg', stroomt deze nieuwe of aangepaste zorg dus automatisch in het pakket in.
De onderzoeksresultaten kunnen ook consequenties hebben voor de bijbehorende omvang van te verlenen kraamzorg. Gedurende hoeveel uur moet bepaalde kraamzorg worden verleend? Hier gaan we in de volgende paragraaf op in.

6.2 Wat moet de omvang zijn?

De hoeveelheid kraamzorg is een variabele die per kraambed wordt bepaald. De individuele kraamzorg die nodig is voor de moeder en voor haar kind wordt afgestemd op haar specifieke situatie en op haar zorgbehoefte. Het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg is hierbij het instrument voor de toekenning van het aantal uren zorg.

De minimumomvang van de kraamzorg bedraagt 24 uur exclusief partusassistentie, verdeeld over 8 dagen en het maximum aantal uren kraamzorg is 80 uur inclusief partusassistentie, verdeeld over 10 dagen. Deze onder- en bovengrens van 24 en 80 zijn historisch te verklaren. Deze aantallen golden bij de aanspraak kraamzorg, zoals die in de Ziekenfondswet was geregeld. Bij de overheveling van de verstrekkingen van de Ziekenfondswet naar de Zorgverzekeringswet in 2006, zijn alle aanspraken één op één overgegaan. De kraamzorg is, inclusief deze onder- en bovengrens, overgeheveld,
Het is de vraag of deze historisch bepaalde boven- en ondergrens nog actueel zijn. Te meer daar in de praktijk blijkt dat er niet veel differentiatie in het aantal te verlenen uren kraamzorg plaatsvindt. Wel kan binnen het aantal geïndiceerde uren voor een taak, bijvoorbeeld 'waarborgen hygiëne' het aantal uren verschillen. In ongeveer de helft van de situaties wordt het gemiddeld aantal uren kraamzorg verleend. (Namelijk 40 tot 47 of 48 tot 55 uur, zie bijlage 3).

Dit laatste doet vermoeden dat het aantal uren kraamzorg niet altijd de individuele behoefte van de kraamvrouw weerspiegelt en/of dat de kraamverzorgende haar tijd besteedt aan taken waar wellicht geen behoefte meer aan is. Feitelijk is die zorg op dat moment niet meer geïndiceerd. Als de kraamverzorgende haar doel heeft bereikt, namelijk dat de kraamvrouw weer zelf de regie kan voeren, heeft zij zichzelf overbodig gemaakt en is haar zorg niet meer nodig. Op dat moment moet de kraamverzorgende de zorg afronden. Deze norm zien we ook bij de wijkverpleegkundige die haar zorg in de thuissituatie verleent.

Het is niet altijd mogelijk vooraf op maat te kunnen indiceren. Het Zorginstituut

meent dat als gedurende de zorgperiode blijkt dat het aantal geïndiceerde uren te hoog was, het aantal geïndiceerde uren alsnog naar beneden moet worden bijgesteld. Ook in de omgekeerde situatie moet zo worden gehandeld: als tijdens de zorgperiode een kritieke situatie ontstaat, moet de kraamzorg langer blijven.

Een werkgroep van het College Perinatale Zorg werkt momenteel aan de evaluatie van het LIP met als doel optimale aansluiting binnen de geboorteketen en koppeling van de in ontwikkeling zijnde zorgpaden waarbij op basis van noodzakelijke taken en competenties, deskundigheden en rollen worden beschreven. Het Zorginstituut gaat ervan uit dat de resultaten van deze evaluatie gebruikt worden bij de actualisatie van het LIP en uiteindelijk bijdraagt aan het leveren van individueel maatwerk.

6.3 Samenvatting

De open en functionele omschrijving 'Kraamzorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden' in het Besluit zorgverzekering, bepaalt de inhoud en omvang van de kraamzorg als te verzekeren prestatie. Een actualisatie van de *inhoud* moet plaatsvinden aan de hand van resultaten van onderzoek, ingegeven door de kennisagenda.
Als de Minister besluit de kraamzorg in het basispakket te handhaven, maakt het dynamische karakter van de open omschrijving het mogelijk dat actualisaties automatisch zijn weerslag vinden in de te verzekeren prestatie kraamzorg, zoals opgenomen in het Besluit zorgverzekering. Het is om die reden van belang er op toe te zien dat de hierboven geschetste ontwikkelingen op tijd tot een goed einde worden gebracht.

Een aanpassing van de *omvang*, in casu het aantal uren te verlenen zorg per kraambed, moet plaatsvinden op basis van een actualisatie van het LIP. Een aanpassing van het aantal te indiceren uren per individueel kraambed stroomt als gevolg daarvan automatisch in. De onder- en bovengrens van het aantal te verlenen uren kraamzorg zijn echter expliciet vastgelegd.

Een onderbouwing van de inhoud van de kraamzorg én van het aantal uren dat hieraan moet worden besteed kan helpen bij het realiseren van individueel maatwerk. (Ofschoon zich hier wel het probleem voordoet dat de eigen bijdrage belemmerend kan werken, juist voor die gezinnen die (meer) kraamzorg hard nodig hebben).
Dit betekent dat niet méér uren worden verleend dan strikt noodzakelijk is. Als blijkt dat de kraamverzorgende het doel heeft bereikt en het gezin voldoende op weg heeft geholpen, is het gezin niet meer op kraamzorg aangewezen. De vraag hierbij is wel wie het eventueel aflopen van de indicatie in de gaten houdt en zonodig de duur van de geïndiceerde zorgperiode aanpast. Immers, de indicatiestelling en de uitvoering van de zorg liggen in één hand liggen (zoals overigens op alle gebieden in de zorg).

In hoofdstuk 2 hebben we gezien dat in Nederland is gekozen de kraamzorg middels de zorgverzekering beschikbaar te stellen. De keuze voor dit domein (de zorgverzekering) is niet door verdragen of anderszins voorgeschreven. In het volgende hoofdstuk verkennen we de mogelijke domeinen.

7 Kraamzorg: een collectieve verantwoordelijkheid

In hoofdstuk 2 hebben we gezien dat IAO-verdragen Nederland de verplichting opleggen zorg te dragen voor het beschikbaar zijn van postnatale zorg. De zorg moet worden verstrekt in natura of door een vergoeding van de kosten. Maar, de verdragen schrijven niet voor welk instrument de overheid hiervoor moet kiezen.

In hoofdstuk 5 hebben we de kraamzorg getoetst aan de pakketcriteria. We hebben daar onder andere geconstateerd dat kraamzorg noodzakelijke zorg is en dat er mede op grond van dit criterium geen reden is de kraamzorg uit het basispakket te schrappen. Met de constatering dat kraamzorg noodzakelijke zorg is, onderschrijven wij het maatschappelijk belang van deze zorg. De samenleving is gebaat bij een gezonde moeder en een goede start voor de pasgeborene en daarom beschouwen wij deze zorg niet als een louter individuele verantwoordelijkheid, maar als een collectieve verantwoordelijkheid, die in verschillende domeinen vorm gegeven kan worden. Op de vraag welke domeinen dat zijn, gaan we in dit hoofdstuk in (in paragraaf 7.2). Daarvóór schetsen we in paragraaf 7.1 de ontwikkelingen rond de geboortezorg van de laatste vijf jaren.

Dit maatschappelijk belang vormde ook de achtergrond van de totstandkoming van het rapport *Een goed begin* in 2009 en van de instelling van het College Perinatale Zorg (CPZ). In de volgende paragraaf schetsen wij de ontwikkelingen rond de geboortezorg van de laatste vijf jaar die de achtergrond vormen van het rapport *Een goed begin* en van de instelling van het CPZ.

7.1 Integrale geboortezorg

In 2004 en 2008 bleek uit Europees onderzoek dat de perinatale sterfte (het overlijden van een kind tijdens zwangerschap, rond de bevalling of in de eerste levensweek) in Nederland relatief hoog was. De ‘geboortezorg’ staat sinds deze publicatie hoog op de professionele, politieke en maatschappelijke agenda. Het ministerie van VWS stelde onder andere een Stuurgroep zwangerschap en geboorte in met de opdracht concrete voorstellen te doen om de zorg rond zwangerschap en geboorte te optimaliseren, zodat de perinatale sterfte en morbiditeit kon worden teruggedrongen. De stuurgroep presenteerde in december 2009 het advies 'Een Goed Begin'.

Kern van dit advies is dat de kwaliteit van de geboortezorg kan worden verbeterd door optimalisering van de samenwerking en afstemming tussen alle betrokken professionals in de begeleiding gedurende het totale traject van de geboortezorg. Met geboortezorg wordt het hele traject van zorg bedoeld vanaf de preconceptiefase tot en met de eerste zes weken na de geboorte inclusief de overdracht naar kraamzorg, Jeugdgezondheidszorg en huisarts. Deze gewenste vorm van naadloos samenwerken heeft de naam *integrale zorg* gekregen en kenmerkt zich kort samengevat door gelijkwaardig samenwerken van alle professionals en het voorkomen van fragmentatie in de zorg voor de cliënt.

Het stuurgroepadvies stelt dat de professionals in de zorg rond zwangerschap en geboorte samen verantwoordelijk zijn om de zwangere en het (ongeboren) kind de beste kwaliteit van zorg te bieden. De kraamzorg en de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) vormen de laatste schakel in het netwerk rondom zwangerschap en geboorte. Door problemen in een vroeg stadium te signaleren en adequate ondersteuning in te zetten, kan (gezondheids-)schade bij kinderen geminimaliseerd of voorkomen

worden. Kraamzorg en JGZ spelen daarin een cruciale rol als de laatste schakels van de geboorteketen [33].

Na afronding van de werkzaamheden van de stuurgroep, is het College Perinatale Zorg (CPZ) opgericht. Met de installatie van het CPZ wordt uitvoering gegeven aan het rapport 'Een Goed Begin'. Om de integrale geboortezorg te verwezenlijken wordt momenteel de Zorgstandaard ‘Integrale geboortezorg’ ontwikkeld. In deze standaard wordt de landelijke norm waaraan integrale geboortezorg zowel inhoudelijk, organisatorisch als kwalitatief moet voldoen, in verschillende zorgpaden beschreven, inclusief de vereiste competenties. Naar verwachting zal de eerste versie van deze zorgstandaard begin 2015 beschikbaar zijn.

7.2 Domeinen

Als we onderdelen van de kraamzorg afzonderlijk en inhoudelijk beschouwen, zien we dat onderdelen van de kraamzorg, ook in andere domeinen dan de Zorgverzekeringswet passen. Denk aan de basis huishoudelijke taken en aan de signalering. Binnen de jeugdgezondheidszorg (domein Wpg) neemt signalering immers ook een prominente plaats in. Het feit dat deze taken ook binnen andere domeinen plaatsvinden, is aanleiding na te gaan of de kraamzorg op andere wijze dan via de Zorgverzekeringswet aangeboden kan worden.

We gaan er dus vanuit dat de ziektekostenverzekering niet de enige wijze is waarop kraamzorg aan pasgeboren kinderen en hun moeder beschikbaar kan worden gesteld. Ook andere, collectieve arrangementen kunnen in beeld komen. Hierna gaan we na welke andere manieren er zijn waarop kraamzorg aan pasgeboren kinderen en hun moeder beschikbaar kan worden gesteld.

Gezien het feit dat Nederland zich gecommitteerd heeft aan hiervoor relevante verdragen zullen de kosten voor de kraamzorg op de een of andere manier hiervoor gezamenlijk opgebracht moeten worden. Dit sluit aan bij de achtergronden van de verdragen dat er een maatschappelijke gevoelde noodzaak is om zorg voor moeder en kind veilig te stellen en dit niet gezien wordt als alleen een individuele keuze en verantwoordelijkheid van burgers.

7.2.1 Voorwaarden

In hoofdstuk 2 hebben we gezien dat Nederland zich heeft gecommitteerd aan internationale verdragen die voorschrijven dat voor alle manieren van beschikbaar stellen van postnatale zorg het uitgangspunt is dat de zorg:
1. voor alle bevallen vrouwen beschikbaar moet zijn en
2. dat er geen financiële drempels mogen zijn (de toegankelijkheid moet zijn gewaarborgd).

Een derde voorwaarde kunnen we uit het rapport “Een goed begin” halen, namelijk dat we integrale geboortezorg beogen. De zorg moet niet versnipperd worden aangeboden[34]. Deze drie voorwaarden moeten we dus betrekken bij onze overwegingen met betrekking tot mogelijke domeinen.

7.2.2 Wmo en andere domeinen

Onderdelen van de kraamzorg zoals verzorging en risicosignalering vinden in domeinen als de Wmo en de jeugdgezondheidszorg plaats. Zijn deze domeinen

[33] Inspectie voor de Gezondheidszorg, Verbetering nodig in de samenwerking tussen kraamzorg en JGZ voor verantwoorde geboortezorg, Utrecht, juni 2014.

[34] Het College Perinatale Zorg (CPZ) geeft sinds 2011 uitvoering aan dit rapport. De minister geeft in de Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer d.d. 2 juni 2014 over de voortgang zwangerschap en geboorte aan, te hechten aan het verbeteren van de geboortezorg door volledig in te zetten op integrale geboortezorg. De minister steunt het CPZ in zijn streven integrale geboortezorg vorm te geven.

adequaat voor de kraamzorg?

In hoofdstuk 2 zagen we dat het IAO-verdrag 102 twee mogelijkheden geeft om postnatale zorg ter beschikking te stellen: levering van de zorg in natura of vergoeding van de kosten. Hierdoor vallen een aantal mogelijke 'domeinen' af. De gemeente (Wmo, Jeugdwet of Wet publieke gezondheid) zouden opties kunnen zijn. Wmo met name als een risicogroepenbeleid gevoerd zou willen worden of als een inkomensafhankelijke bijdrage gevraagd zou willen worden. Ook de Jeugdwet of de Wet publieke gezondheid kunnen in beeld zijn vanwege de aansluiting met de jeugdgezondheidszorg en de jeugdzorg. Deze zorg betreft echter uitsluitend de zorg voor het kind en voorziet niet in de zorg voor de moeder. Ook voor de optie via de (rijks-)belastingen gelden de randvoorwaarden van beschikbaarheid en toegankelijkheid.

Als we zouden kiezen om de kraamzorg via de gemeente of via een toeslag beschikbaar te stellen, dan worden de kosten hiervan via de belastingen door alle Nederlanders[35] opgebracht. Kortom, ook dan betaalt iedere Nederlander indirect mee aan kraamzorg, al wordt de solidariteit op iets andere wijze (louter fiscaal) georganiseerd.

Ook in de collectieve arrangementen via Wmo, Wet publieke gezondheid of de Jeugdwet, zijn we via de fiscale weg solidair met de pasbevallen vrouw en het pasgeboren kind. De organisatie van de geboortezorgketen vormt bij deze arrangementen een belangrijk aandachtspunt. De beschikbaarheid en toegankelijkheid moeten immers in alle situaties en te allen tijde gegarandeerd zijn. Ook de zorginhoudelijke samenhang tussen verloskundige zorg en de kraamzorg moet geborgd zijn. Dit was immers mede de reden om het College Perinatale Zorg te verzoeken aan de slag te gaan met de integrale geboortezorg om tegemoet te komen aan de doelstellingen die we als samenleving op dit punt hebben gedefinieerd.

7.2.3 Zorgverzekeringswet

Kraamzorg is nu opgenomen in het basispakket van de Zorgverzekeringswet. Dit heeft verschillende consequenties. We gaan in 7.2.3.1 in op de gewenste integrale geboortezorg en in 7.3 op het feit dat voor iedereen hetzelfde basispakket beschikbaar is.

7.2.3.1 Geboortezorg in één domein

Hierboven in 7.1 hebben we gezien dat kraamzorg onderdeel uitmaakt van de integrale geboortezorg. De verschillende onderdelen van de keten zijn zorginhoudelijk met elkaar verbonden. De kraamverzorgende en de verloskundige werken samen bij de eerstelijnsbevalling: de kraamverzorgende verleent de partusassistentie. Na de bevalling, tijdens de kraamtijd, heeft de kraamverzorgende een signalerende functie ten behoeve van de verloskundige en/of huisarts. Indien de kraamverzorgende mogelijke risico's signaleert, overlegt zij met de verloskundige of huisarts over hoe zij moet handelen.

De integrale geboortezorg beoogt op punten als deze de samenwerking binnen de geboortezorgketen te optimaliseren. Het ligt om deze reden voor de hand de verloskundige zorg en de kraamzorg in één en hetzelfde domein te laten. Wanneer de regie over de geboortezorg in hetzelfde domein blijft, is de totstandkoming van de integrale zorg kansrijker.

---

[35] Of de inwoners van een gemeente

Alle onderdelen van de geboortezorgketen (kraamzorg, verloskundige zorg en obstetrische zorg) behoren nu tot de te verzekeren zorg van het basispakket van de Zorgverzekeringswet.
Sturing en financiering uit een en hetzelfde domein faciliteert de totstandkoming van de gewenste samenwerking bijvoorbeeld door een integraal tarief. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft dit met de beleidsregel 'integrale geboortezorg' voor 2015 al mogelijk gemaakt. Verloskundigen en kraamverzorgenden die samenwerken in een geboortecentrum kunnen afspreken om hun zorg in één pakket aan de verzekeraar aan te bieden. De NZa beoogt hiermee de samenwerking in de geboortezorg te vergemakkelijken. Nu moeten zorgverzekeraars de zorg die een geboortecentrum aanbiedt apart inkopen bij de kraamzorg, verloskundigen en het geboortecentrum.

7.2.4 Conclusie

Het domein van de Zvw heeft voordelen in de zin van een zorginhoudelijke samenhang en een doelmatige uitvoering van de integrale zorg in de geboorteketen. De beschikbaarheid en toegankelijkheid zijn in dit domein goed geregeld. De collectieve verantwoordelijkheid voor de zorg is geborgd.

Los van de keuze voor het meest adequate domein voor de kraamzorg, bespreekt het Zorginstituut in de volgende paragraaf een consequentie van het feit dat kraamzorg deel uitmaakt van het basispakket van de Zorgverzekeringswet. Die consequentie betreft de risicosolidariteit. Wij gaan hier op in omdat veel reacties die aanleiding zijn voor de vraag van de Minister, hier betrekking op hebben. Veel mensen gaven namelijk aan geen premie te willen betalen voor zorg, waarop zij 'geen risico lopen'.

7.3 Solidariteitsprincipe

In Nederland is iedereen verplicht verzekerd voor de kosten die we moeten maken als we een beroep op de gezondheidszorg moeten doen. De verplichte ziektekostenverzekering is een sociale verzekering. Kenmerk van de sociale verzekering is de risicosolidariteit.

Wat houdt de risicosolidariteit precies in?

Bij de invoering van de Zorgverzekeringswet is de regering destijds tot de volgende invulling van de zorgverzekering gekomen: "Het sociale karakter van de verzekering, die een verplichte verzekering voor de gehele bevolking is, krijgt vorm door risico- en inkomenssolidariteit. De risicosolidariteit is geborgd door een plicht voor zorgverzekeraars om alle Nederlandse ingezetenen als verzekerde te accepteren voor een door de overheid vastgesteld basispakket, waarbij een verbod op premiedifferentiatie naar aan de persoon gerelateerde factoren geldt. [36]

Het 'vastgestelde basispakket' is voor alle verzekerden gelijk. Voor iedereen geldt hetzelfde pakket. Dit betekent dat voor een vijfenzestigplusser ook kraamzorg beschikbaar is, terwijl hij/zij dat niet meer nodig heeft.

Voorts geldt voor de ziektekostenverzekering dus de risico- en inkomenssolidariteit. Ongeacht het individuele risico op een behoefte aan zorg en de daarmee samenhangende kosten, betalen we allemaal ongeveer evenveel premie. De risico's worden gezamenlijk gedragen, ongeacht het gebruik dat op individueel niveau van de verzekering wordt gemaakt. Sommigen hebben veel zorg nodig (en krijgen ook die zorg), anderen hebben weinig zorg nodig, maar wij betalen allemaal dezelfde premie (behoudens de compensatie via de zorgtoeslag).

[36] Tweede Kamer, vergaderjaar 2003-2004, 29 763, nr. 3

Deze uitgangspunten brengen met zich mee dat het niet mogelijk is op individueel niveau, bijvoorbeeld in de persoonlijke polis van de ziektekostenverzekering, bepaalde zorg uit het basispakket te halen of toe te voegen al naar gelang de persoonlijke wens of behoefte. Juist hierdoor kan de premie voor het volledige basispakket voor iedereen beperkt blijven. De wens je voor bepaalde zorg wel of niet te verzekeren kan bijvoorbeeld ingegeven worden door een schatting van het risico dat je bepaalde zorg nodig zal hebben en de verwachting dat je de kosten voor die zorg niet kan (of wil) betalen.

Het basispakket is dus voor alle verzekerden gelijk en bevat kraamzorg. Kraamzorg, waarvan we in hoofdstuk 5.1 hebben geconstateerd dat dit noodzakelijke zorg is die leidt tot herstel van de moeder en een goed begin voor het pasgeboren kind. Met de noodzakelijke kraamzorg waarvoor we solidair zijn hebben we deze zorg met een geneeskundige strekking voor ogen en niet het beeld van de kraamverzorgende die de beschuit met muisjes serveert.

7.4 Conclusie

- De kwaliteit van de geboortezorg kan worden verbeterd door optimalisering van de samenwerking en afstemming tussen alle betrokken professionals in de begeleiding gedurende het totale traject van de geboortezorg. Deze gewenste vorm van naadloos samenwerken heeft de naam integrale zorg gekregen en kenmerkt zich door gelijkwaardig samenwerken en het voorkomen van fragmentatie in de zorg voor de cliënt. Om de integrale geboortezorg te verwezenlijken, wordt momenteel de Zorgstandaard ‘integrale geboortezorg’ ontwikkeld.
- Kraamzorg is nu opgenomen in het basispakket van de Zorgverzekeringswet. De verschillende onderdelen van de geboortezorgketen zijn zorginhoudelijk met elkaar verbonden. Het ligt om deze reden voor de hand de verloskundige zorg en de kraamzorg in één en hetzelfde domein te laten.
- De verplichte ziektekostenverzekering is een sociale verzekering. Kenmerk hiervan is de risico- en inkomenssolidariteit. Hierin past niet de mogelijkheid om op individueel niveau keuzes te maken en het basispakket aan te passen aan individuele wensen en behoeften.

8 Consultatie

8.1 Inhoudelijke consultatie

Zorginstituut Nederland heeft december 2014 een concept van dit rapport aan organisaties ter consultatie voorgelegd. Het Zorginstituut had dezelfde organisaties ook in twee bijeenkomsten ter voorbereiding op dit rapport uitgenodigd (zie paragraaf 1.4).

De organisaties die het Zorginstituut heeft geconsulteerd zijn:

Actiz,
Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN),
College Perinatale Zorg (CPZ),
Kenniscentrum Kraamzorg (KCKZ),
Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV),
Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV),
Nederlandse Beroepsvereniging voor Kraamzorg (NBvK),
Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG),
NPCF,
Het OuderSchap,
TNO,
Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN),
Zorgverzekeraars Achmea,
Zorgverzekeraar CZ
Zorgverzekeraar VGZ,
Zorgverzekeraars Nederland (ZN),
ZonMw.

De consultatievragen die we aan de organisaties hebben voorgelegd, zijn de volgende:

1. Mist u essentiële aspecten bij de beschrijving van de inhoud van de kraamzorg (bij paragraaf 4.3. tot en met 4.6)
2. Deelt u de conclusie dat kraamzorg voldoet aan het criterium noodzakelijkheid?
3. Deelt u de conclusie dat voor de kraamzorg het criterium stand van de wetenschap en praktijk niet aan de orde is en dat de kraamzorg zich leent voor een toetsing aan het criterium verantwoorde en adequate zorg en diensten (5.2.1)
4. Deelt u de conclusie dat voor het berekenen van de kosteneffectiviteit geen gegevens beschikbaar zijn? (5.3)
5. Deelt u de conclusie dat het criterium uitvoerbaarheid niet van toepassing is? (5.4)
6. Deelt u de conclusie dat de resultaten van de toetsing aan de pakketcriteria geen aanleiding geven de Minister te adviseren kraamzorg uit het basispakket te schrappen? (5.5)
7. Bent u het er mee eens dat de kraamzorg die in het individuele geval wordt geïndiceerd, beter toegesneden moet zijn op de individuele zorgbehoefte, zowel voor wat betreft de inhoud als de omvang? (6.2)
8. Wat vindt u het meest adequate domein voor de kraamzorg? Waarom?

Zorginstituut Nederland heeft reacties ontvangen van:

Actiz, Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN) en Kenniscentrum Kraamzorg (KCKZ) in één gezamenlijke reactie,
College Perinatale Zorg (CPZ),
Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV),
Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV),
Nederlandse Beroepsvereniging voor Kraamzorg (NBvK),
NPCF,
TNO,
Zorgverzekeraars Nederland (ZN),
ZonMw.

Hieronder treft u per consultatievraag een samenvatting aan van de reacties en een vermelding of dit heeft geleid tot aanpassing van de tekst van de voorgaande hoofdstukken van dit rapport.

1. Mist u essentiële aspecten bij de beschrijving van de inhoud van de kraamzorg (bij paragraaf 4.3. tot en met 4.6).

Het Zorginstituut heeft van Actiz, BTN, KCKZ, NBvK, KNOV, NPCF, TNO en ZN waardevolle aanvullingen op de beschrijving van de inhoud van de kraamzorg ontvangen en deze verwerkt in hoofdstuk 4.

2. Deelt u de conclusie dat kraamzorg voldoet aan het criterium noodzakelijkheid?

Alle organisaties delen deze conclusie. Het CPZ en ACTIZ, KCKZ en BTN voegen hier aan toe dat kraamzorg een onlosmakelijk onderdeel is van de integrale geboortezorg en evenals de verloskundige en obstetrische zorg, noodzakelijke zorg is.

ZN is van mening dat de basishuishoudelijke taken apart dienen te worden bezien. ZN meent dat dit geen zorg is, maar meer ligt in de lijn van de WMO. De verantwoording van de huishoudelijke taken als middel voor signalering, is volgens ZN een oneigenlijke inzet van middelen.

3. Deelt u de conclusie dat voor de kraamzorg het criterium stand van de wetenschap en praktijk niet aan de orde is en dat de kraamzorg zich leent voor een toetsing aan het criterium verantwoorde en adequate zorg en diensten?

Actiz, BTN, KCKZ, CPZ en KNOV merken op dat er weinig wetenschappelijke gegevens voorhanden zijn en dat om die reden kraamzorg niet op effectiviteit kan worden getoetst. Op basis van onderzoeksgegevens zou immers aangegeven kunnen worden of de kraamzorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
Het Zorginstituut stelt echter niet dat de kraamzorg zich niet leent voor een toets aan de stand van de wetenschap en praktijk vanwege het *ontbreken* van effectiviteitgegevens, maar omdat de *soort zorg* zich er niet voor leent. Voor zorg of diensten (zoals ziekenvervoer, hulpmiddelen of kraamzorg) is wetenschappelijke bewijsvoering namelijk niet aan de orde. Op enigerlei wijze moet wel kunnen worden nagegaan of de zorg in staat is te doen wat deze beoogt te doen. Dat kan aan de hand van bijvoorbeeld een praktijkevaluatie en/of consumentenonderzoek worden aangetoond. We spreken dan van zorg die voldoet aan het criterium verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Op basis van de opbrengsten van de kraamzorg, concludeert Zorginstituut Nederland in paragraaf 5.2 dat kraamzorg bijdraagt aan de gezondheid en aan de

goede start van moeder en kind. Het Zorginstituut heeft daarom geconcludeerd dat de kraamzorg daarom voldoet aan het criterium verantwoorde en adequate zorg en diensten. CPZ, Actiz, BTN, KCKZ, KNOV, TNO en ZN delen de conclusie dat kraamzorg voldoet aan het criterium verantwoorde zorg en adequate diensten.

Dit laat overigens onverlet dat continue gestreefd moet worden naar een zo gefundeerd mogelijke onderbouwing van de inhoud van (onderdelen van) de kraamzorg op basis van onderzoek, ingegeven door de kennisagenda van ZonMw (zie paragraaf 6.1).

ZonMw stelt dat het criterium stand van de wetenschap en praktijk op onderdelen van de kraamzorg toegepast zou kunnen worden. In dit rapport heeft het Zorginstituut de kraamzorg als één samenhangend geheel van interventies getoetst.

De NPCF meent dat het criterium stand van de wetenschap en praktijk wel van toepassing is, maar nu niet kan worden toegepast, vanwege het ontbreken aan richtlijnen en normen.

Naar aanleiding van deze reacties heeft het Zorginstituut de tekst van paragraaf 5.2 aangevuld.

4. Deelt u de conclusie dat voor het berekenen van de kosteneffectiviteit geen gegevens beschikbaar zijn? (5.3)

De geconsulteerde organisaties zijn het deels eens met deze conclusie. Voor het berekenen van de kosteneffectiviteit ontbreken de gegevens niet helemaal, maar zij zijn *beperkt* beschikbaar. Volgens de LHV is de kosteneffectiviteit nauwelijks te berekenen. ZonMw meent dat de gegevens lastig te onderzoeken zullen zijn, maar het onderzoek zou, zeker voor onderdelen van de zorg, niet onmogelijk zijn.

De KNOV meent dat het kraamzorgpakket afgezet kan worden tegen het gemiddelde verblijf in het ziekenhuis (op basis van gegevens in het buitenland). Ook de NBvK meent dat een vergelijking met het buitenland mogelijk is. Actiz, BTN en KCKC stellen dat er weinig kosteneffectiviteitanalyses zijn opgesteld, maar dat er wel mogelijkheden zijn. Zij denken bijvoorbeeld aan een kosteneffectiviteitanalyse waarin gekeken wordt naar extra kosten voor langere ziekenhuisopname indien er geen kraamzorg is. Zij noemen ook een vergelijking met het buitenland waarbij aandacht wordt gegeven aan ligduur, inzet verloskundige zorg en opleidingsniveau van de professionals, borstvoedingscijfers, wiegendood en hoe snel de kraamvrouw weer in staat is om deel te nemen aan het arbeidsproces. TNO noemt onderzoek naar de besparende effecten van kraamzorg na een keizersnede. Vrouwen hoeven minder lang in het ziekenhuis te verblijven na een keizersnede als er thuis kraamzorg aanwezig is.

Naar aanleiding van deze reacties heeft het Zorginstituut in de tekst van paragraaf 5.3 aangegeven dat er momenteel te weinig gegevens beschikbaar zijn voor het berekenen van de kosteneffectiviteit (in plaats van dat er geen gegevens zijn). Het is wenselijk dat er meer gegevens beschikbaar komen voor het bepalen van de kosteneffectiviteit. Vooralsnog zijn de gegeven voor het berekenen van de kosteneffectiviteit beperkt beschikbaar, maar de suggesties van de organisaties kunnen worden betrokken bij toekomstig kosteneffectiveitonderzoek.

5. Deelt u de conclusie dat het criterium uitvoerbaarheid niet van toepassing is? (5.4)

Omdat het criterium uitvoerbaarheid van toepassing is bij *invoering* van *nieuwe* zorg en kraamzorg al deel uitmaakt van het basispakket, is het Zorginstituut niet verder op dit criterium ingegaan.
LHV, KNOV en NPCF geven echter aan dat kraamzorg uitvoerbaar is: de uitvoerbaarheid heeft zich in de praktijk bewezen.
Deze opmerking is in paragraaf 5.4 toegevoegd.
De KNOV vraagt aandacht voor de eigen bijdrage, welke, volgens de KNOV, voor sommige doelgroepen de toegang tot kraamzorg belemmert.

6. Deelt u de conclusie dat de resultaten van de toetsing aan de pakketcriteria geen aanleiding geven de Minister te adviseren kraamzorg uit het basispakket te schrappen? (5.5)

Alle organisaties delen deze conclusie.

ZN maakt de kanttekening dat de inhoud en omvang zich beperkt tot zorg. Huishoudelijke taken horen daar volgens ZN niet bij.

Naar aanleiding van deze opmerking van ZN heeft Zorginstituut Nederland een paragraaf 4.5.4 'Basishuishoudelijke taken' toegevoegd om aan te geven welke plaats de uitvoering van de basishuishoudelijke taken in het geheel aan taken van de kraamzorg inneemt.
Daarnaast is de vraag of de huishoudelijke taken behoren tot het takenpakket van de kraamverzorgende opgenomen in de kennisagenda van ZonMw (zie paragraaf 6.1). De basishuishoudelijke taken zijn dus onderwerp voor nader onderzoek. Op basis van de resultaten van het onderzoek kan op dit onderdeel indien nodig een gefundeerde aanpassing van de inhoud van de kraamzorg plaatsvinden.

7. Bent u het er mee eens dat de kraamzorg die in het individuele geval wordt geïndiceerd, beter toegesneden moet zijn op de individuele zorgbehoefte, zowel voor wat betreft de inhoud als de omvang? (6.2)

Actiz, BTN, KCKZ, CPZ, LHV, TNO en ZN zijn het er mee eens dat het van belang is dat de indicatiestelling (nauw) aansluit op de individuele zorgbehoefte. ZN voegt toe dat er een goede bewaking dient te zijn ten aanzien van de omvang. Actiz, BTN, KCKZ, KNOV en CPZ vervolgen dat het LIP de basis legt voor de huidige indicatiestelling. Op dit moment vindt een evaluatie plaats van het LIP met als doel optimale aansluiting binnen de geboorteketen en koppeling van de in ontwikkeling zijnde zorgpaden waarbij op basis van noodzakelijke taken en competenties, deskundigheden en rollen worden beschreven.

Actiz, BTN, KCKZ en NBvK voegen hier aan toe dat het niet altijd mogelijk is om vooraf op maat te kunnen indiceren, omdat er gedurende de gehele zorgperiode kritieke situaties kunnen ontstaan. De NPCF lijkt het lastig tijdens de zorgperiode de indicatie naar beneden bij te stellen, dit in tegenstelling tot het verhogen van de indicatie als een gezin nog niet zelfstandig blijkt te kunnen draaien. Actiz, BTN, KCKZ en NBvK wijzen er ook op dat het voor het leveren van individueel maatwerk nodig is dat de eigen bijdrage wordt afgeschaft. De LHV spreekt van een bijdrage naar draagkracht.

De NBvK noemt de rol van de zorgverzekeraar als inkoper van de zorg een belemmering voor kraamvrouwen, omdat zij hierdoor een beperkte mogelijkheid hebben tot het voeren van eigen regie wat betreft inhoud, omvang en uitvoering van de kraamzorg. De kraamvrouw is afhankelijk van haar zorgverzekeraar bij welke zorgaanbieder zij terecht kan. De NBvK uit tenslotte de wens dat het aantal

uren kraamzorg flexibel blijft en niet wordt gestandaardiseerd.

Naar aanleiding van deze reacties heeft het Zorginstituut de tekst van paragraaf 6.2 genuanceerd.

8. Wat vindt u het meest adequate domein voor de kraamzorg? Waarom?

Alle organisaties geven aan dat het domein van de zorgverzekeringswet het meest adequate domein voor de kraamzorg is. Dit omdat de kraamzorg onderdeel is van de geboortezorgketen en de andere schakels ook deel uitmaken van dit domein. Als alle onderdelen zijn ondergebracht in hetzelfde domein wordt versnippering voorkomen.
Actiz, BTN, KCKZ en CPZ voegen hier aan toe dat er, net als voor de andere zorgvormen in de geboortezorg, geen eigen bijdrage verschuldigd moet zijn.

Zorginstituut Nederland noemt in paragraaf 6.3 het probleem dat een eigen bijdrage belemmerend kan werken voor de toegankelijkheid van de kraamzorg, juist voor die gezinnen die (meer) kraamzorg hard nodig hebben. Echter, de eigen bijdrage valt buiten het bereik van dit rapport. Op het moment dat er een geactualiseerd LIP is en onderzoeksresultaten, bijvoorbeeld ingegeven door de Kennisagenda, over dit onderwerp beschikbaar zijn, zal Zorginstituut Nederland dit agenderen.

Naar aanleiding van deze reacties heeft het Zorginstituut de tekst van hoofdstuk 7 aangevuld.

8.2 Adviescommissie Pakket

De Adviescommissie Pakket van Zorginstituut Nederland heeft in de openbare vergadering van 30 januari 2015 het conceptadvies kraamzorg besproken. Daar zijn de volgende zaken aan de orde geweest.

- De commissie vraagt de aandacht voor het fenomeen dat de beeldvorming van de kraamzorg bijdraagt aan de vragen over de risicosolidariteit voor deze vorm van zorg: "beschuit met muisjes serveren is geen zorg" . Aan de hand hiervan is de tekst van paragraaf 7.3. explicieter opgesteld;
- De commissie was van mening dat in het concept er te weinig expliciet aandacht was voor de beantwoording van de meer fundamentele vraag of huishoudelijke verzorging als type dienstverlening niet onder de maatschappelijke ondersteuning valt en gaf in overweging daar in het rapport uitgebreider stil te staan bij de gekozen oplossing. Aan de hand van deze opmerkingen zijn in het rapport in hoofdstuk 5 tekstpassages toegevoegd met de bedoeling aan te geven welke afweging op dit punt is gemaakt;
- De commissie vraagt de aandacht voor het implementeren van een nieuw indicatieprotocol in de praktijk, indicatie en zorgverlening liggen immers in één hand. Zorginstituut Nederland neemt deze suggestie mee in het begeleiden en beoordelen van het nieuwe indicatieprotocol en heeft de tekst in paragraaf 6.3. hier op aangepast;
- De commissie vraagt aandacht voor de kraamzorg in achterstandsgroepen. De tekst in paragraaf 6.1. is hier op aangepast in de passage over het programma Healthy Pregnancy 4 All-2;
- De commissie vraagt de aandacht voor de relatieve vrijblijvendheid van de aanbeveling het landelijk indicatieprotocol te actualiseren. Aan de hand hiervan is in het rapport is de aanbeveling in hoofdstuk 9 op dit punt aangescherpt.

8.3 Bestuurlijke consultatie

Met de wijzigingen genoemd in paragraaf 8.1 en 8.2 en met toevoeging van het hoofdstuk Avies en aanbevelingen, heeft het Zorginstituut een nieuwe concept-

versie van dit rapport nogmaals aan de organisaties genoemd in paragraaf 8.1 voorgelegd, met de vraag of zij op- of aanmerkingen hadden bij de tekst van het hoofdstuk Advies en aanbevelingen.

Zorginstituut Nederland heeft een reactie ontvangen van:

ActiZ en Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN) in een gezamenlijke reactie,
College Perinatale Zorg (CPZ),
Inspectie voor de Gezondheidszorg,
Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV),
Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV),
Moederraad Rotterdam Rijnmond'
NPCF,
TNO,
ZonMw
Zorgverzekeraars Nederland.

De reacties treft u in de bijlage aan.

Alle organisaties zijn het eens met het advies en de aanbevelingen van Zorginstituut Nederland.
Het Zorginstituut heeft in paragraaf 4.6 de suggestie van de KNOV overgenomen dat in overleg met de verloskundige tijdens de kraamperiode een herindicatie kan plaatsvinden. Ook heeft het Zorginstituut enkele tekstuele voorstellen van ActiZ/BTN overgenomen.
Vier organisaties, te weten ActiZ, BTN, KNOV en TNO vragen aandacht voor de termijn voor de actualisatie van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg (LIP). Zorginstituut Nederland beveelt aan deze actualisatie tijdig - binnen een periode van één à anderhalf jaar – te realiseren, zodat de wijzigingen meegenomen kunnen worden bij de polissen voor 2017. Als dat niet haalbaar blijkt kan de aanpassing pas per 2018 worden ingevoerd. Genoemde partijen vinden een periode van 1 à anderhalf jaar te kort, en menen dat een periode van twee jaar realistischer is.
ZN stelt, net als in de inhoudelijke consultatieronde, vraagtekens bij de basishuishoudelijke taken als type dienstverlening die onder de basisverzekering van de Zvw valt.
Bij de toetsing van de kraamzorg aan de pakketcriteria, heeft Zorginstituut Nederland de kraamzorg als één geheel aan activiteiten beschouwd. De basishuishoudelijke taken zijn niet afzonderlijk getoetst, omdat de uitvoering van deze taken geen doel op zich is. In paragraaf 4.5.4. is uiteengezet dat deze taken noodzakelijk zijn in verband met veiligheid en preventie. De uitvoering van basishuishoudelijke taken zijn nu ingebed in de uitvoering van de andere taken zoals signalering en voorlichting.
Verder vormen de basishuishoudelijke taken een onderwerp op de Kennisagenda van ZonMw. Op basis van resultaten van onderzoek kan zonodig een gefundeerde aanpassing van de inhoud van het kraamzorgpakket plaatsvinden. Zorginstituut Nederland wil de resultaten van dat onderzoek afwachten. Om deze reden heeft het Zorginstituut de tekst op dit punt niet aangepast.

9 Advies en aanbevelingen

In februari 2013 deed de minister van VWS in het TV-programma Buitenhof een oproep voor mogelijke 'pakketmaatregelen'. Burgers reageerden hierop onder andere met de suggestie kraamzorg uit het basispakket te halen. Een overweging hierbij was de notie dat zijzelf geen gebruik (meer) maken van deze zorg en daar dan ook niet meer aan mee willen betalen. De minister heeft hierop in december 2013 het toenmalige CVZ om een advies over de aanspraak kraamzorg gevraagd. De minister verzocht bij het advies de volgende aandachtspunten te betrekken:

- de rol van de internationale afspraken en verdragen,
- de rol van de kraamzorg in de geboorteketen.

Over de aanspraak op kraamzorg, antwoordt het Zorginstituut dat de kraamzorg voldoet aan de pakketcriteria noodzakelijkheid en effectiviteit (in de zin van verantwoorde en adequate zorg en diensten). Op grond van toetsing aan deze pakketcriteria zijn er geen redenen om de kraamzorg te schrappen uit het basispakket.

Met betrekking tot de aandachtspunten antwoordt het Zorginstituut als volgt.

- Op grond van de internationale IAO-verdragen is Nederland gehouden om alle vrouwen postnatale zorg te bieden. In Nederland heeft die zorg in de vorm van kraamzorg. Kraamzorg is een combinatie van verzorging, signalering (gericht op preventie) en voorlichting, die geïntegreerd wordt aangeboden. Kraamzorg helpt ouders op weg zelfstandig voor hun kind te zorgen, kraamzorg helpt bij het voorkomen van wiegendood, bij tot stand brengen van geslaagde borstvoeding en bij het signaleren van gezondheidsrisico's.
- Partijen in de geboorteketen hebben met de totstandkoming van de (concept) zorgstandaard 'integrale geboortezorg' vorm gegeven aan de geboorteketen. Kraamzorg maakt een onlosmakelijk onderdeel uit van de integrale geboortezorg. Het domein van de Zorgverzekeringswet is gezien de financiering en positie van alle onderdelen binnen de geboortezorgketen en de gewenste samenhang tussen die onderdelen, een adequaat domein om in deze vorm van postnatale zorg te voorzien.
- De reacties die de minister heeft ontvangen hebben betrekking op de risicosolidariteit. Als je kiest voor het domein van de Zorgverzekeringswet, is de solidariteit tussen oud en jong en tussen de verschillende risico's die daarbij horen, inherent aan deze keuze. Linksom of rechtsom is Nederland, gezien de IAO-verdragen, gehouden om postnatale zorg te leveren aan alle vrouwen. Het betekent dat ofwel via de premie, ofwel via de belasting altijd een beroep wordt gedaan op de onderlinge solidariteit.

In het kader van dit advies maakt Zorginstituut Nederland nog twee opmerkingen over de inhoud en omvang van de kraamzorg.

- De inhoud en de omvang van de kraamzorg behoeven volgens het Zorginstituut actualisatie, teneinde beter te kunnen bepalen *wie* redelijkerwijs is aangewezen op *welke* invulling van de kraamzorg. De actualisatie kan plaatsvinden aan de hand van de resultaten van de Kennisagenda (bijvoorbeeld de plaats van de inhoud en omvang van de basis huishoudelijke taken) én op basis van de evaluatie van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg (LIP). Het is dus zaak dat zowel de kennisagenda als de evaluatie spoedig gegevens opleveren waarmee de beroepsgroep aan de slag kan gaan.
- Wanneer de inhoud en omvang van de kraamzorg zijn geactualiseerd, kan de

te leveren kraamzorg meer worden toegesneden op de doelen van de kraamzorg en op de persoonlijke zorgbehoefte. Dit maakt een gerichter risicobeleid mogelijk. Immers, daar waar het nodig is moet de kraamzorg een maximale inzet kunnen geven. In die gezinnen waar men met minder kraamzorg toe kan, moet niet méér kraamzorg worden geleverd dan nodig is.

9.1 Advies

Zorginstituut Nederland adviseert de Minister de postnatale zorg in de vorm van kraamzorg in het basispakket van de Zorgverzekeringswet te handhaven. Het Zorginstituut constateert dat actualisatie van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg voor de vaststelling van de inhoud en omvang waarop de individuele kraamvrouw en haar kind redelijkerwijs zijn aangewezen, nodig is. Omdat het LIP wordt gebruikt voor de bepaling van de inhoud en omvang van de kraamzorg waarop de individuele kraamvrouw en haar kind zijn aangewezen (de indicatie), moet deze actualisatie tijdig - binnen een periode van één à anderhalf jaar - gerealiseerd worden. Als een geactualiseerd LIP halverwege 2016 gereeed is, kan dit worden meegenomen in de polissen voor 2017. Op een aantal onderdelen van de inhoud van de verleende zorg moeten meer gegevens komen over de resultaten van deze zorg. De uitvoering van de kennisagenda verdient daarom hoge prioriteit.

Hoogachtend,

Prof. dr. A. Boer
plv. Voorzitter Raad van Bestuur

Bijlage 1

Zorg in de kraamtijd

Organisatie van postnatale zorg in West-Europa

Verslag van een deskresearch, opgesteld op verzoek van Zorginstituut Nederland, in het kader van een stage sociale geneeskunde

Francien de Leeuw
Coassistent sociale geneeskunde AMC-UvA
Najaar 2014

Inhoud

Samenvatting

Kraamzorg, een lange Nederlandse traditie

Kraamverzorging kent een lange traditie in Nederland. Vroeger heette kraamverzorgsters bakers. Dit waren ervaren vrouwen zonder verder opleiding die de vrouwen bijstonden voor en na hun bevalling. Een belangrijke taak van de baker was het inbakeren van het kind, vandaar de naam baker. In 1911 werd een cursus voor kraamvrouwenverpleging opgezet en sindsdien bestaat het beroep van kraamverzorgster. Er werd na het ontstaan van deze opleiding minder vertrouwt op de informatie van bakers en daar komt de term 'bakerpraatjes' vandaan. (1) Tegenwoordig heeft in Nederland elke vrouw na de bevalling recht op min. 24 uur en max. 80 uur kraamzorg verspreid over 10 dagen na de bevalling. Hiervoor geldt een eigen bijdrage van €4,10 per uur. Kraamverzorging bestaat niet in onze omliggende buurlanden. Alleen België kent een beperkt aanbod van kraamverzorgsters waarvoor een inkomensafhankelijke bijdrage wordt gevraagd. (2)

Postnatale zorg anders dan kraamzorg in West-Europa

Thuisbevallingen komen weinig voor in onze buurlanden, ook in Nederland komen thuisbevallingen steeds minder vaak voor. Tijdens en na de bevalling blijven vrouwen in Nederland zo'n 2-3 dagen in het ziekenhuis. In Frankrijk, België, Duitsland en Zwitserland is dit gemiddeld zo'n dag langer. Een dag ziekenhuisopname kost alleen wat personeel betreft al € 100,- meer dan een dag kraamverzorging. (3) Na de bevalling krijgen de meeste Nederlandse vrouwen zo'n drie keer thuis bezoek van de verloskundige, in Duitsland en Zwitserland komt de verloskundigen 10 dagen lang op bezoek na de bevalling. In tegenstelling tot Engeland waar je zoals in Nederland binnen 2 dagen weer uit het ziekenhuis bent en je gemiddeld alleen nog zo'n drie keer bezoek krijgt van de verloskundige of Maternity Support Worker. (2)

Vaderschaps- en ouderschapsverlof

Nederland heeft na Zwitserland (geen vaderschaps- en ouderschapsverlof) vader- en ouderschapsverlof met het minste aantal dagen. Waar ze in Zweden recht hebben op 480 dagen ouderschapsverlof te verdelen tussen moeder en vader, met behoud van 80% van het inkomen. Bestaat het ouderschapsverlof in Nederland uit 365 dagen (26 weken voor elke ouder) onbetaald verlof. Ook in Duitsland hebben ouders recht op 14 maanden verlof met behoud van 65% van het inkomen.

Kraamzorg noodzakelijke gezondheidszorg

Er wordt door 95% van de westerse vrouwen en 89% van de niet-westerse allochtone vrouwen gebruik gemaakt van kraamzorg. 95% van de vrouwen is erg tevreden over de kraamzorg. (4) Een recent artikel in het NTvG laat zien dat niet-westerse allochtone vrouwen het minst gebruik maken van kraamzorg. Het niet gebruik maken van kraamzorg geeft een verhoogd risico op gevaarlijk slaapgedrag, roken in huis en minder geven van borstvoeding. Het beschermende effect van kraamzorg was groter bij niet-westerse groepen(5). Het effect van kraamzorg is moeilijk inzichtelijk te maken, enerzijds omdat het vooral gaat over voorlichting en vroegtijdige signalering en anderzijds omdat de verleende zorg gedurende de zwangerschap ook zijn effect heeft op kraamvrouw en kind.

Echter, een van de belangrijke taken van de kraamverzorgster is het voorlichten van de kraamvrouw over het veilig slapen van de pasgeborene. In de afgelopen 25 jaar is het sterftecijfer aan wiegendood sterk gedaald, van 91 per 100 000 levengeborenen tot 9 op 100 000 levengeborenen. Dit cijfer is ook veel lager dan in de ons omringende buurlanden met België nu op 83 per 100 000 levengeborenen 'op kop'. Dit is een mogelijk effect van de voorlichting van de kraamverzorgende (6).

Conclusie

Kraamzorg is intensieve hulp aan huis na de bevalling. Een geschoolde begeleiding van het jonge gezin die we in onze buurlanden niet aantreffen. Daar staat echter tegenover dat onze buurlanden een veel royaler beleid hebben op het gebied van (betaald) ouderschapsverlof. De effecten van kraamzorg zijn moeilijk hard te maken omdat kraamzorg voro een groot deel voorlichting en vroegsignalering betreft.

Echter, Nederland heeft lage cijfers voor wiegendood sterfte, een van de belangrijke voorlichtingsdoelen van de kraamverzorgster. Wel is de vraag of de hoeveelheid kraamzorg die vrouwen nu krijgen (standaard 49 uur) echt noodzakelijk is. Bovendien maken minder niet-westerse vrouwen gebruik van kraamzorg, terwijl bij hun de kraamzorg harder nodig is.

<u>Bronvermelding:</u>

1. http://nl.wikipedia.org/wiki/Baker_(kraamverzorgster) – site bezocht op 7 oktober 2014.
2. Zie documenten hieronder.
3.
4. Powerpoint presentatie 3 september Carel Mastenbroek. Documentnummer: 2014112530
5. Lamkaddem et al. 'Etnische verschillen in het gebruik van kraamzorg' september 2014
6. Een kwart eeuw wiegendood in Nederland, de Jonge en Hoogenboezem, CBS Bevolkingstrends 2005

Postnatale zorg in Engeland

Zorgverzekering

In Engeland betaalt niemand zorgpremie of is een eigen risico verschuldigd. Gezondheidzorg is gratis voor alle inwoners. De gezondheidszorg wordt gefinancierd door de staat. Alle gezondheidszorg wordt georganiseerd vanuit de NHS (National Health Service).

Eventueel kan iemand zich nog extra verzekeren via een particuliere zorgverzekering, dit doet echter maar 8% van de bevolking. (1)

Werknemers in de postnatale zorg

De verloskundige, Maternity Support Worker (MSW) en Health Visitor verzorgen de postnatale zorg.

Een MSW is een ongediplomeerde werknemer in het team van Maternity Services. Er zijn wel cursussen voor MSW's en zij kunnen hun kwalificaties bijhouden in een soort paspoort. Dit is echter geen vereiste om te beginnen als MSW.

MSW's werken ter ondersteuning van de verloskundigen. (2) Ze zijn qua functie vergelijkbaar met Nederlandse kraamverzorgsters.

Inhoud en duur van de postnatale zorg

- binnen 72 uur lichamelijk onderzoek van de baby door kinderarts of verloskundige.
- gedurende de eerste 10 dagen controles en voorlichting van de verloskundige (niet dagelijks) en/of MSW, onder andere voor het wegen van de baby op dag 5 en 10 en de hielprik op dag 5 en 8. In principe geldt een minimum van 3 postnatale contacten in die eerste 10 dagen, waarvan minstens 1 postnataal contact thuis plaatsvindt (3,4). De duur van de postnatale zorg, kan nog worden verlengd tot maximaal 28 dagen op basis van individuele behoefte. Na 10-28 dagen wordt de zorg overgedragen aan een Health Visitor(5). De Health Visitor volgt het kind tot het 5^{e} jaar (6).
- 6 weken postpartum is er een controle van moeder en kind door de huisarts of in het ziekenhuis (i.g.v. bijvoorbeeld keizersnee) (7,8).
- In Engeland is de afgelopen jaren een borstvoedingsprogramma geïmplementeerd; 'The Baby Friendly Initiative'. Er worden binnen dit programma trainingen aangeboden voor alle gezondheidsmedewerkers die met pasgeborenen werken over hoe ze vrouwen kunnen ondersteunen en voorlichten over het geven van borstvoeding (9).
- 1-2 weken vaderschapsverlof tegen vaste vergoeding 138,18 pond per week of 90% van het loon (als dat minder is dan 138,18 pond per week).

Daarnaast 52 weken ouderschapsverlof. Vanaf april 2015 is het ouderschapsverlof volledig te verdelen tussen moeder en vader. Als de moeder maar minstens twee weken niet werkt na de geboorte. Gedurende 39 weken van het verlof wordt een vergoeding uitgekeerd. De eerste 6 weken met 90% van het loon, de overige 33 weken met 138,18 pond per week of 90% van het loon (als dat minder is dan 138,18 pond per week). Daarnaast bestaat er recht op 18 weken onbetaald verlof tot de 5^{e} verjaardag van het kind, maximaal 4 weken per jaar. (10)

Verblijfsduur in het ziekenhuis tijdens en na de bevalling

-Gemiddeld verblijf in het ziekenhuis is 2,4 dagen (11)

<u>Bronvermelding:</u>

1. Zorgwijzer - http://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2014/hoe-is-de-zorgverzekering-in-andere-landen-geregeld - site bezocht op 29 september 2014
2. Institute of Vocational Learning and Workforce Research https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/MSW%20Briefing%20One.pdf – site bezocht op 29 september 2014
3. Royal College of Midwives - Pressure Points https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Pressure%20Points%20-%20Postnatal%20Care%20Planning%20-%20Web%20Copy.pdf– site bezocht op 29

september 2014
4. Maternity pathway of NHS Healthcare http://www.londonhp.nhs.uk/wp-content/uploads/2011/03/Maternity-services-care-pathways1.pdf - site bezocht op 29 september 2014
5. Website of Maternity Service Liaison Comittees http://www.chimat.org.uk/mslc/about/nhs - site bezocht op 29 september 2014
6. NHS Careers > Health Visitors - http://www.nhscareers.nhs.uk/explore-by-career/nursing/careers-in-nursing/health-visiting/what-do-health-visitors-do/- site bezocht op 29 september 2014
7. Strategic Maternity Lead – NHS South of England http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/07/comm-maternity-services.pdf- site bezocht op 29 september 2014
8. Antenatal Online - http://www.antenatalonline.co.uk/early-days/early-days.asp?Page=visits-and-checks - site bezocht op 29 september 2014
9. Unicef - http://www.unicef.org.uk/BabyFriendly/Health-Professionals/going-baby-friendly/- site bezocht op 29 september 2014
10. Overheid UK - https://www.gov.uk/paternity-pay-leave/eligibility - site bezocht op 2 oktober 2014
11. OECD statistics – site bezocht op 6 oktober 2014

Postnatale zorg in Duitsland

Zorgverzekering
Mensen met midden- en lage inkomens zijn in Duitsland verzekerd via het Gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Een deel van het brutoloon wordt afgedragen aan het GKV, 8,2% voor werknemers en 7,3% voor werkgevers. Duitsers die meer dan 51.000 euro per jaar verdienen kunnen een particuliere verzekering nemen i.p.v. de GKV. Deze biedt voordelen op het gebied van kosten en dekking, maar is eigenlijk alleen voor alleenstaanden en tweeverdieners zonder gezin gunstig. (1)

Werknemers in de postnatale zorg
Verloskundigen dragen zorg voor het postnatale traject.

Inhoud en duur van de postnatale zorg
In de eerste tien dagen wordt de kraamvrouw thuis bezocht door de verloskundige. Het aantal malen dat zij langskomt hangt af van de individuele zorgvraag en kan elke dag of als het nodig is zelfs twee keer per dag zijn. Na de eerste tien dagen zijn tot 16 extra bezoeken of telefonische contacten mogelijk in de eerste 8 weken na de bevalling(2). Bij voedingsproblemen is er daarna nog 8 keer contact mogelijk met de verloskundige.
Daarna zijn meer bezoeken alleen mogelijk op medisch advies van een arts. (3) De huisbezoeken van de verloskundige omvatten de controles van moeder en kind, uitleg en hulp met lactatie.
Deze zorg wordt vergoed door de Gesetzliche Krankenversicherung. Veel particuliere verzekeringen vergoeden deze zorg ook (4).
Ouderschapsverlof in Duitsland omvat 12 maanden met behoud van 65% van het inkomen (betaald door de overheid) en 14 maanden als ook de vader twee maanden van het ouderschapsverlof opneemt. Daarnaast 14 weken zwangerschapsverlof betaald door zorgverzekering (13,- per dag) en werkgever(rest) (5,6).

Verblijfsduur in het ziekenhuis na de bevalling
Gemiddeld verblijf in het ziekenhuis is 4,3 dagen (7).

<u>Bronvermelding:</u>

1. Zorgwijzer - http://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2014/hoe-is-de-zorgverzekering-in-andere-landen-geregeld - site bezocht op 29 september 2014
2. Deutscher Hebammen Verband - http://www.meinehebamme.de/Wochenbettbetreuung,26.html- site bezocht op 29 september 2014
3. Deutscher Hebammen Verband - http://www.hebammenverband.de/familie/hebammenhilfe/ - site bezocht op 29 september 2014
4. Navigator- Medizin/ Eltern und Kind - http://www.navigator-medizin.de/eltern_kind/die-wichtigsten-fragen-und-antworten-zur-schwangerschaft/arzt-hebamme-a-mutterpass/753-wer-bezahlt-die-hebamme.html- site bezocht op 29 september 2014
5. Duitsland instituut Amsterdam - http://www.duitslandweb.nl/dossiers/overzicht/vrouwen-werk-en-kinderen-in-duitsland/wetten-feiten-en-cijfers/wettelijke-regelingen-gezinsbeleid.html - site bezocht op 2 oktober 2014
6. Sociale verzekeringsbank - https://www.svb.nl/int/nl/bdz/ziek_of_arbeidsongeschikt/u_woont_in_nederland/uitkering_bij_zwangerschap_en_bevalling/ - site bezocht op 6 oktober 2014
7. OECD statistics – site bezocht op 6 oktober 2014

Postnatale zorg in België

Zorgverzekering
In België wordt de zorg betaald door ziekenfondsen. Men is verplicht lid te worden van een ziekenfonds als men werkzaam is, 24 jaar of ouder is, nog studeert of een werkeloosheidsuitkering ontvangt. Het ziekenfonds wordt gefinancierd door een bijdrage van werknemers (7,35% van het loon) en werkgevers (3,8% van het loon). Verder bestaan er aanvullende verzekeringen die men zelfstandig kan afsluiten.
Daarnaast betaalt men een premie van € 100,- per jaar voor eventuele opname en behandeling in het ziekenhuis. (1)

Werknemers in de postnatale zorg
Postnatale zorg vindt plaats in het ziekenhuis en daarna via Kind en Gezin.
Evt. kraamzorg/zorg van verloskundige bij thuisbevalling (zeldzaam) of kort verblijf in het ziekenhuis.

Inhoud en duur van de postnatale zorg
Vrouwen in België worden relatief lang, gemiddeld 4 dagen, opgenomen in het ziekenhuis na de bevalling. Daarna hebben zij in principe thuis geen kraamzorg, wel komt binnen 14 dagen iemand van Kind en Gezin (soort consultatiebureau) langs.
Daarnaast krijg je in België een Kraampremie ter vergoeding van de uitzet van € 1.223,11 voor een eerste kind en meerling, en € 920,50 voor een tweede kind (cijfers 1 december 2012) (2,3).
Kraamzorg van een kraamverzorgende kan zelfstandig worden aangevraagd en hiervoor wordt een inkomensafhankelijke bijdrage gevraagd. Sommige verzekeringen bieden een vergoeding hiervoor. Daarnaast kunnen vrouwen in de eerste vijf dagen na de bevalling voor medische controles terecht bij de verloskundige. Dit wordt volledig vergoed door de verzekering. Na de eerste vijf dagen heeft een vrouw nog recht op 7 bezoeken van de verloskundige gedurende het eerste jaar van het kind (4-6). De kraamzorg krijgt een subsidie van de overheid voor personeels- en werkingskosten (7)
Het vaderschapsverlof in België is 10 dagen, de eerste drie dagen worden door de werkgever betaald en de zeven dagen daarna tegen een vaste vergoeding van het ziekenfonds (82% van het bruttoloon). Daarnaast bestaat een ouderschapsverlof van maximaal 4 maanden, tijdens het ouderschapsverlof krijgt de ouder een uitkering van de Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening. Het ouderschapsverlof geldt voor beide ouders.(8,9).

Verblijfsduur in het ziekenhuis na de bevalling
Gemiddeld verblijf in het ziekenhuis is 4,5 dagen (10)

<u>Bronvermelding:</u>

1. Zorgwijzer - http://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2014/hoe-is-de-zorgverzekering-in-andere-landen-geregeld - site bezocht op 29 september 2014
2. Wikipedia - http://nl.wikipedia.org/wiki/Kraamgeld - site bezocht op 30 september 2014
3. Informatie en diensten van de overheid Belgie http://www.belgium.be/nl/familie/kinderen/kraamgeld_en_kinderbijslag/ - site bezocht op 30 september 2014
4. Informatie over de zwangerschap - http://9maand.be/artikels/de-kraamperiode/de-vroedvrouw-na-de-bevalling-postnataal - bezocht op 30 september 2014
5. Kraamzorgbedrijg België - http://expertisecentrum-vollemaan.be/?page_id=74 > open medische en niet-medische zorg – site bezocht op 30 september 2014
6. Vlaamse organisatie van Vroedvrouwen - http://www.vlov.be/ouders/faq6 - site bezocht op 30 september 2014
7. Kind en Gezin - http://www.kindengezin.be/gezinsondersteuning/partners/expertisecentra-kraamzorg/financieel/default.jsp - site bezocht op 30 september 2014
8. Overheid Belgie - http://www.werk.belgie.be/defaultTab.aspx?id=554 - site bezocht op 2 oktober 2014
9. Vader kenniscentrum - http://vaderkenniscentrum.blogspot.nl/2008/06/108.html -

site bezocht op 2 oktober 2014
10. OECD statistics – site bezocht op 6 oktober 2014

Postnatale zorg in Frankrijk

Zorgverzekering

In Frankrijk dragen alleen werknemers 5,5% van hun loon af aan de zorg. De rest van de kosten wordt door de werkgever betaald. Er bestaat dus geen zorgpremie zoals in Nederland. Fransen zijn verplicht zich te verzekeren voor basisgezondheidszorg. Daarnaast kunnen zij zich aanvullend verzekeren. Dit is goedkoper dan in Nederland en veel Fransen (85%) zijn aanvullend verzekerd. Steeds vaker moeten de Fransen ook een eigen bijdrage betalen als ze gebruik maken van de gezondheidszorg. Zieken betalen in Frankrijk minder, chronisch zieken betalen bijvoorbeeld geen ziektekosten (1).

Werknemers in de postnatale zorg

In Frankrijk wordt de bevalling en de eerste controle van moeder en kind in de eerste week meestal door de verloskundige gedaan. Na 8 weken volgt nog een controle die door een arts of verloskundige wordt uitgevoerd (2).

Inhoud en duur van de postnatale zorg

De postnatale zorg omvat:

- Controle van het kind in de eerste week en 8 weken na de geboorte door de verloskundige/arts.
- Geen kraamzorg.
- Verloskundige consulten thuis of bij een verloskundige worden voor iedereen vergoed tot de 12^e^ dag postpartum. Na de 12^e^ dag worden consulten voor 70% vergoed, tenzij er een medisch voorschrift is tot verdere controles van de verloskundigen.
- Protection Maternelle et Infantile (PMI), dit zijn gezondheidscentra voor moeder en kind, die gratis zorg verlenen. Hier worden bijvoorbeeld controles van de zuigeling uitgevoerd, borstvoedingsadvies gegeven en gevaccineerd. Deze centra zijn vergelijkbaar met de Nederlandse consultatiebureaus (2-6).
- Het vaderschapsverlof is in Frankrijk 11 kalenderdagen betaald door de dienst via de zorgverzekering (7,8). Daarnaast is er ouderschapsverlof van een van de ouders mogelijk tot het kind 3 jaar is. Hierbij is een uitkering mogelijk van *Complément de libre choix d'activité* dit omvat € 566,- per maand. De betaling duurt 6 maanden voor ouders van 1 kind en tot 3 jaar bij families met meer kinderen. Gezinnen met drie of meer kinderen kunnen in plaats voor deze uitkering ook kiezen voor een uitkering via *Complément optionnel de libre choix d'activité* deze bedraagt € 801,39 maar duurt maar een jaar. Gezinnen met meer dan drie kinderen kunnen dus kiezen tussen de eerst of de tweede uitkering (9,10).

Verblijfsduur in het ziekenhuis na de bevalling

-Gemiddeld verblijf in het ziekenhuis is 2,4 dagen (11)

<u>Bronvermelding:</u>

1. Zorgwijzer - http://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2014/hoe-is-de-zorgverzekering-in-andere-landen-geregeld - site bezocht op 29 september 2014
2. L'assurance maladie - http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/vous-allez-avoir-un-enfant/votre-bebe-est-ne-prenez-soin-de-lui-et-de-vous/votre-suivi-medical-apres-l-accouchement.php - site bezocht op 1 oktober 2014
3. Marie de Paris - http://www.paris.fr/pratique/petite-enfance/protection-maternelle-infantile/accompagnement-dans-les-premieres-annees-de-l-enfant/rub_6188_stand_19726_port_13942 - site bezocht op 1 oktober 2014
4. Vereniging van Verloskundigen - http://www.ordre-sages-femmes.fr/ - site bezocht op 1 oktober 2014
5. Vereniging van Verloskundigen - http://www.sages-femmes-idf.fr/suivi-post-natal.html - site bezocht op 1 oktober 2014
6. Mpedia site voor ouders over de medisch specialisten van hun kind - http://www.mpedia.fr/60-sage-femme.html – site bezocht op 2 oktober 2014

7. Wikipedia - http://fr.wikipedia.org/wiki/Cong%C3%A9_de_paternit%C3%A9 –site bezocht op 2 oktober 2014
8. http://www.connexionfrance.com/maternity-paternity-leave-parental-rules-france-11284-news-article.html - site bezocht op 7 oktober 2014
9. http://droit-finances.commentcamarche.net/contents/574-conge-parental-d-education-droits-et-demarches - site bezocht op 7 oktober 2014
10. http://www.leavenetwork.org/fileadmin/Leavenetwork/Country_notes/2012/France.FINAL.9may.pdf- site bezocht op 7 oktober 2014
11. OECD statistics – site bezocht op 6 oktober 2014.

Postnatale zorg in Zweden

Werknemers in de postnatale zorg

De postnatale zorg in Zweden wordt verzorgd door de verloskundige.

Inhoud en duur van postnatale zorg

- contact met de verloskundige gedurende de eerste week. Dit is een beetje per streek en geboortekliniek verschillend. Er is in ieder geval mogelijkheid voor telefonisch contact en meestal is er minstens een huisbezoek voor de hielprik door de verloskundige.
- na 6-8 weken is er een controle van moeder en kind in het ziekenhuis of de kliniek waar het kind geboren is (1).
- Na een week wordt de zorg overgedragen aan het consultatiebureau.
- vaderschapsverlof: 2 weken (2).
- ouderschapsverlof omvat 480 dagen. Als er sprake is van gedeelde voogdij heeft elke partner recht op de helft van de dagen. Twee maanden zijn exclusief voor vader/moeder en kunnen niet worden overgedragen aan de andere ouder. 390 dagen worden betaald met 80% van je normale inkomen, om daarna over te gaan op SEK 37,083 per maand. Daarnaast mogen ouders ook nog tot de 8^{e} verjaardag van het kind 25% van hun werktijd onbetaald verlof nemen. (3,4)

Verblijfsduur in het ziekenhuis na de bevalling

- Gemiddeld verblijf in het 2,7 dagen (5).

Bronvermelding:

1. Site voor medische raadgeving http://www.1177.se/Fakta-och-rad/Undersokningar/Efter-forlossningen/ - site bezocht op 7 oktober 2014
2. Persoonlijke weblog van Nederlander in Zweden http://kungslilja.wordpress.com/2013/03/10/bevalling-en-kraamtijd-in-zweden/ - site bezocht op 2 oktober 2014
3. Site voor Nederlanders in Zweden - http://zweden.placement.nl/default.aspx?menu=246 – site bezocht op 2 oktober 2014
4. Zweedse regering - https://sweden.se/society/10-things-that-make-sweden-family-friendly/ - bezocht op 7 oktober 2014
5. OECD statistics – site bezocht op 6 oktober 2014

Postnatale zorg in Zwitserland

Werknemers in de postnatale zorg

Verloskundigen verzorgen de postnatale zorg in Zwitserland.

Inhoud en duur van de zorg

De basisverzekering vergoedt de volgende postnatale zorg:

- Dagelijks bezoek van de verloskundige tot de 10^{e} dag postpartum (in ziekenhuis of thuis)
- max. 3 consulten voor hulp bij de borstvoeding
- na 10 dagen overname van de zorg door consultatiebureau
- 4-6 weken na de geboorte controle van moeder bij arts of verloskundige
- 4 weken na de geboorte controle van kind bij kinderarts of huisarts (1)

  Wanneer er na de eerste 10 dagen nog hulp van een verloskundige nodig is, kan dit alleen op medisch voorschrift van een arts. (2)
- In Zwitserland bestaat geen wettelijk vaderschapsverlof of ouderschapsverlof (3,4)

Verblijfsduur in het ziekenhuis na de bevalling

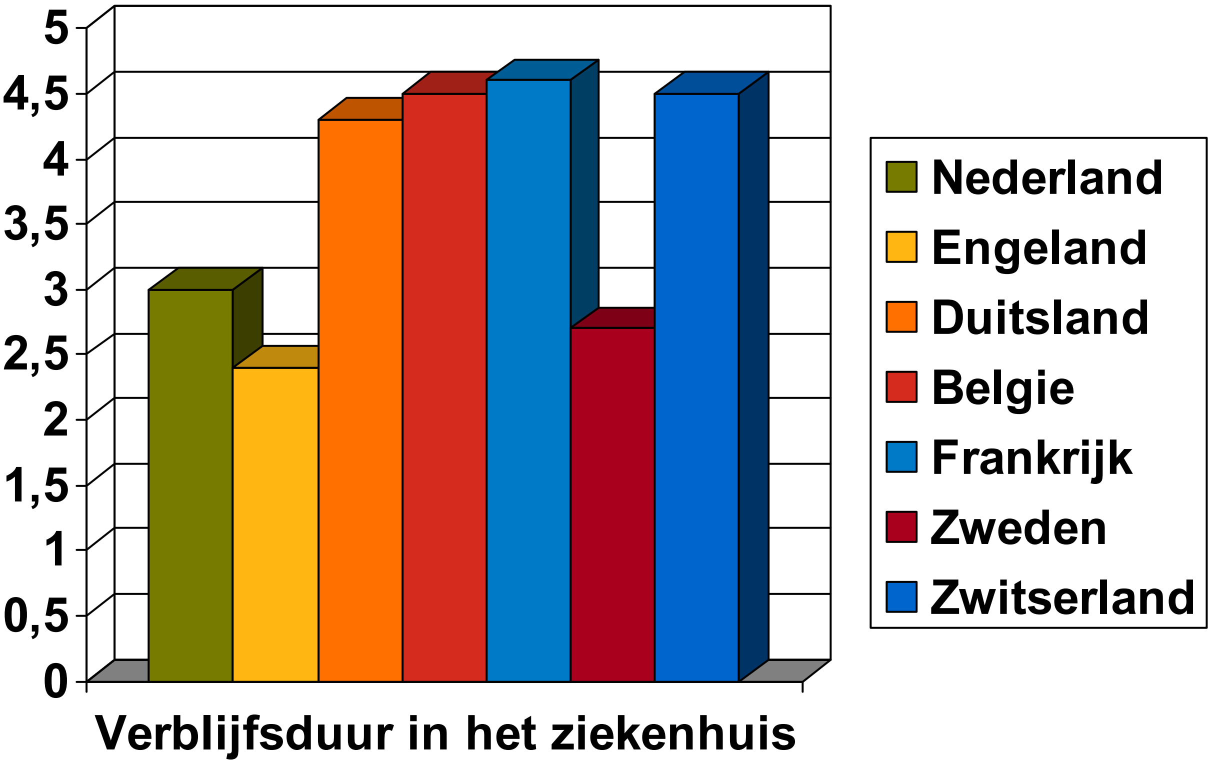
- Gemiddeld verblijf in het ziekenhuis is 4,5 dagen (5).
-

<u>Bronvermelding:</u>

1. Vereniging van Zwitserse verloskundigen - http://www.hebamme.ch/x_dnld/tools/iamameh/Broch_Anglais.pdf - site bezocht op 2 oktober 2014
2. Zwitserse site met informatie over zorg rondom de bevalling - http://www.swissmom.ch/geburt/wochenbett/die-ersten-tage-und-wochen-mit-dem-baby/betreuung-und-hilfe/- site bezocht op 2 oktober 2014
3. Vader kennis centrum- http://vaderkenniscentrum.blogspot.nl/2008/06/108.html - site bezocht op 2 oktober 2014
4. http://www.swissinfo.ch/eng/swiss-score-low-for-parental-leave-/17997272
5. OECD statistics – site bezocht op 6 oktober 2014

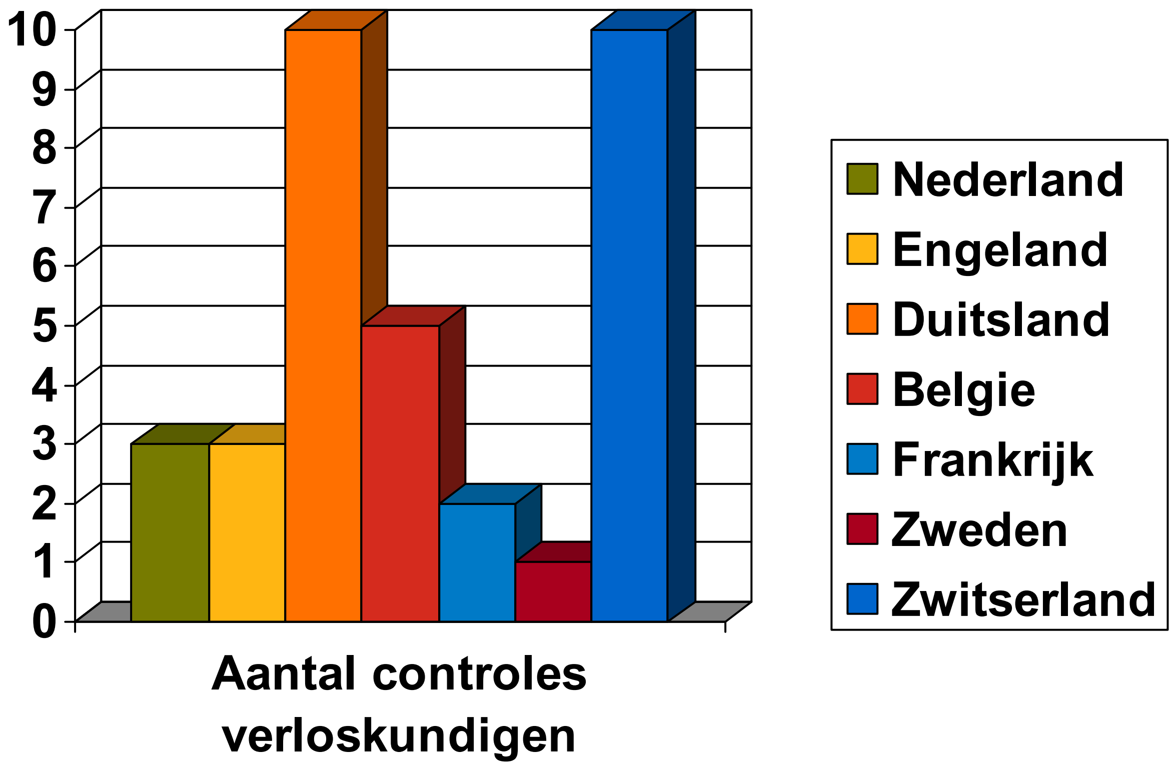
Tabellen

Tabel 1. Verblijfsduur van vrouwen in het ziekenhuis tijdens en na de bevalling



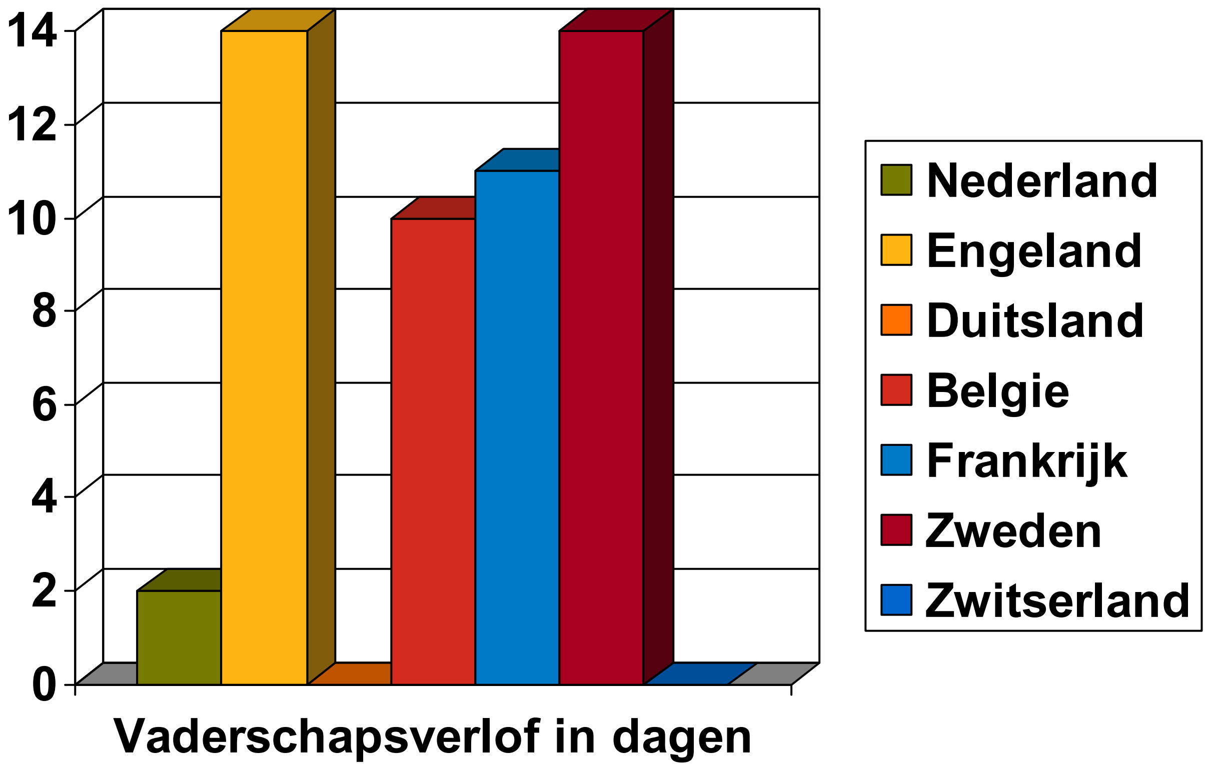
Noot: Bron OECD statistics, tijdsduur is van begin bevalling tot ontslag

Tabel 2 Aantal postnatale controles door verloskundigen



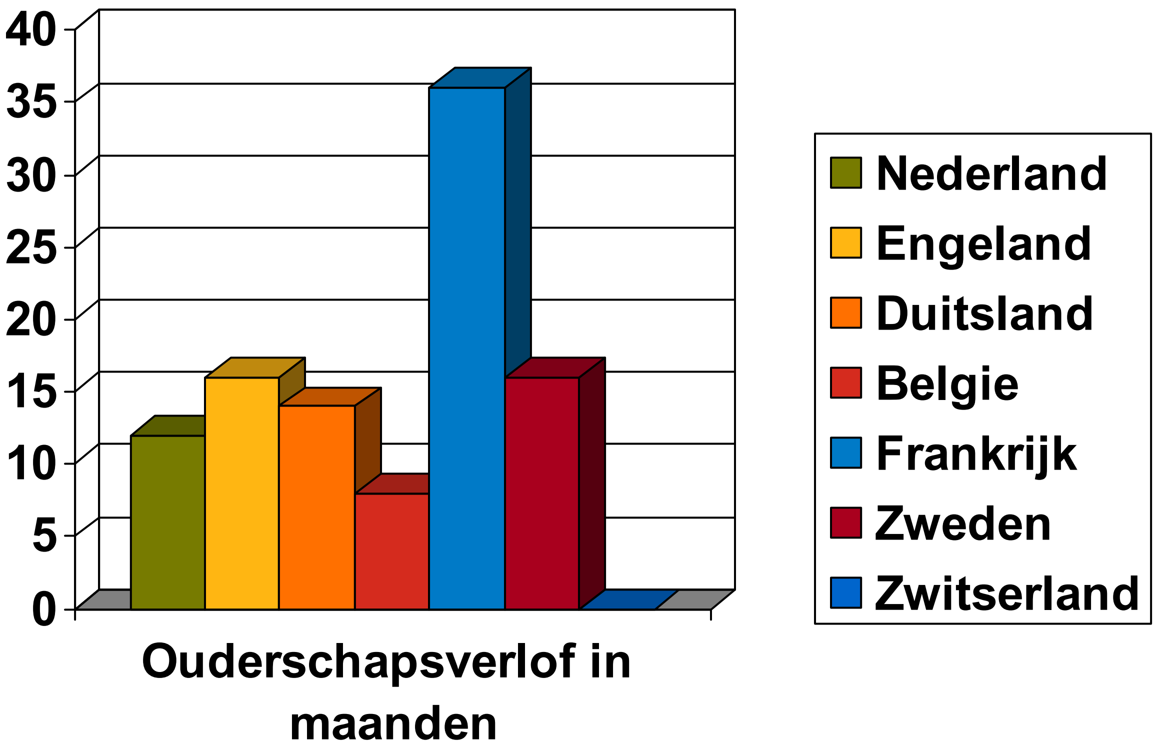
Noot:
Engeland: gemiddeld 3 controles
België: controles gedurende de eerste 5 dagen, de meesten vrouwen zijn dan nog in het ziekenhuis
Frankrijk: 2 controles door de verloskundige in de 1e week en na 8 weken, verder facultatief controles door de verloskundige worden vergoed gedurende de eerste 12 dagen
Zweden: 7 dagen telefonische controle, huisbezoeken alleen als nodig.

Tabel 3 Vaderschapsverlof



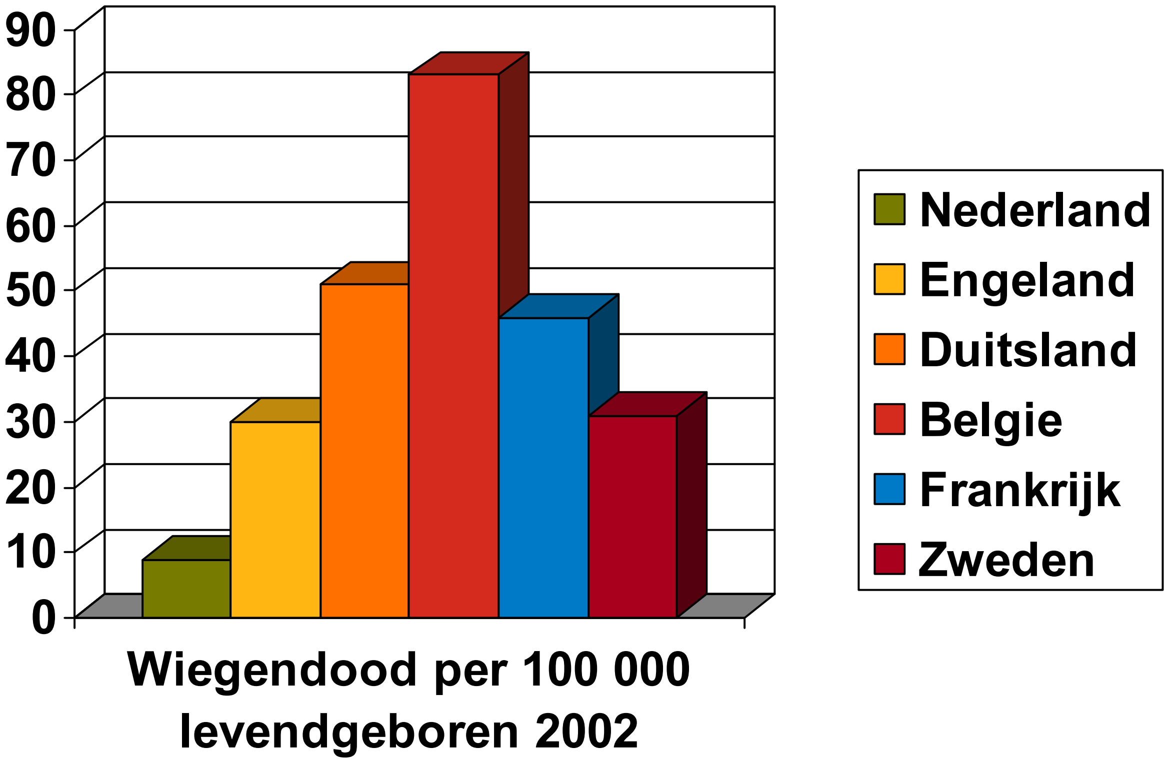
Noot:
Duitsland: geen apart vaderschapsverlof aansluitend op de geboorte.
Wel 14 maanden ouderschapsverlof gedeeld met moeder waarvan vader minstens 2 maanden moet nemen.

Tabel 4 Ouderschapsverlof (excl. Zwangerschapsverlof)



Noot:
Duitsland: 14 maanden, mits vader ook 2 maanden neemt
Nederland: beiden ouders 26 weken, onbetaald
Engeland: geen apart zwangerschapsverlof, 39 weken betaald met uitkering, daarna onbetaald
België: 4 maanden voor vader, 4 maanden voor moeder, uitkering via RVA
Frankrijk: met uitkering, bij een kind maar 6 maanden, bij meer kinderen tot 3 jaar.
Zweden: geen apart zwangerschapsverlof.
Zwitserland: geen wettelijk vaderschaps- of ouderschapsverlof

Tabel 5 Wiegendood



Noot:Aantal zuigelingen dat in de leeftijd van 7-365 dagen overleed door wiegendood

Bron: Een kwart eeuw wiegendood in Nederland, de Jonge en Hoogenboezem, CBS Bevolkingstrends 2005

2014026053

Bijlage 2

Factsheet kraamzorg

Opgesteld door Zorginstituut Nederland, voorjaar 2014

1 Inleiding

Deze notitie beoogt de feiten over de kraamzorg als onderdeel van het basispakket weer te geven. Doel is eenduidigheid en duidelijkheid te verkrijgen over de kraamzorg. Uitgangspunt hierbij is de discussie te faciliteren of kraamzorg wel of niet onder de basisverzekering moet vallen[1].

Kraamzorg omvat hulp bij de bevalling (partusassistentie) en zorg aan moeder en aan het pasgeboren kind gedurende de kraamtijd. Niet iedereen wordt of is kraamvrouw geweest, maar wel is iedereen kind geweest. In die zin heeft iedereen ooit gebruik gemaakt van kraamzorg.

1.1 Leeswijzer

De wettelijke aanspraak op kraamzorg komt in hoofdstuk 2 aan de orde, de doelen en de resultaten van kraamzorg in hoofdstuk 3 en 4 en de zorgketens waarvan kraamzorg onderdeel uitmaakt in hoofdstuk 5. In hoofdstuk 6 wordt het Landelijk Indicatieprotocol aangehaald om aan te geven wat de taken en producten van de kraamzorg zijn en in welke omvang de kraamzorg aan de individuele vrouw geleverd kan worden. In hoofdstuk 7 zijn de relevante internationale verdragen genoemd. In hoofdstuk 8 en 9 wordt respectievelijk ingegaan op het verplicht eigen risico en de eigen bijdrage en in hoofdstuk 10 tenslotte staan de geschatte kosten van kraamzorg vermeld.

2 Verzekering - Basispakket

2.1 Besluit zorgverzekering

Kraamzorg is onderdeel van het basispakket dat verzekerd is op grond van de Zorgverzekeringswet. De zorg kan gedurende tien dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling, worden verleend en ten laste van het basispakket worden gebracht. Dit is geregeld in het Besluit Zorgverzekering.

Art. 2.12. van het Besluit Zorgverzekering luidt:
Naast de in artikel 2.10 bedoelde verzorging omvat verzorging tevens zorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling, gedurende ten hoogste tien dagen, te rekenen vanaf de dag van bevalling.

2.2 Polis

De zorgverzekeraar neemt de kraamzorg op in de polis en daarmee is het verzekerde zorg. Het Besluit zorgverzekering regelt dat de verzekerde uitsluitend recht heeft op een vorm van verzekerde zorg voor zover zij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De zorgverzekeraar geeft daarom in de polis aan dat het daadwerkelijk aantal uren te verlenen kraamzorg afhankelijk is van de behoefte van moeder en kind. Deze behoefte wordt vastgesteld en toegekend door het kraambureau in overleg met de zorgverzekeraar. In hoofdstuk 6.2 van deze notitie staat dat het kraambureau het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg (LIP) gebruikt om de omvang van de te verlenen kraamzorg te bepalen.

In de formulering in het Besluit Zorgverzekering is duidelijk opgenomen dat het zorg aan moeder én aan het kind betreft. Moeder en kind hebben dus beiden een individuele aanspraak

[1] Consequentie van dit uitgangspunt is dat feiten over de kraamzorg, die voor deze discussie niet relevant zijn, in deze factsheet ontbreken

op de kraamzorg. Zodra de geboorte van het kind bij de zorgverzekeraar is gemeld, heeft het kind immers zijn of haar eigen ziektekostenverzekering. Het feit dat het zorg aan moeder én kind betreft heeft ook zijn weerslag op de verplichte eigen bijdrage voor de kraamzorg. In hoofdstuk 9 leest u dat de verplichte eigen bijdrage voor de moeder én voor het kind is verschuldigd.

3 Doel kraamzorg

De kraamzorg is tweeledig: zij omvat assistentie tijdens de laatste fase van de bevalling en zorg gedurende de kraamperiode aan moeder en kind.
Kort weergegeven is het doel van de kraamzorg:

- Het bevorderen van de gezondheid van moeder en kind
- Het vroegtijdig signaleren van risico's, problemen en complicaties
- Het ondersteunen van ouders in het aanpassen aan de nieuwe situatie en hun nieuwe rol en hen het vertrouwen geven dat ze op de juiste manier omgaan met hun pasgeborene.

4 Resultaten kraamzorg

De resultaten van geleverde kraamzorg zijn:

- Er is een bijdrage geleverd aan het goed verlopen van een thuisbevalling.
- De moeder en het pasgeboren kind worden na de geboorte verzorgd en gecontroleerd zoals dat is vastgelegd in de basiskwaliteitseisen kraamzorg.
- De moeder is zodanig hersteld dat zij de taken op het gebied de zorg voor haar pasgeboren kind en haar gezin, dan wel de regie ten aanzien van die taken, op zich kan nemen.
- De moeder en de partner zijn volgens de geldende inzichten voorgelicht en geïnstrueerd over de (preventieve) zorg voor kind en moeder.
- De basis voor integratie van het pasgeboren kind in het gezin is gelegd.
- Vroegtijdige signalering van (potentiële) problemen bij het pasgeboren kind is doorgegeven aan de verloskundige, de huisarts of de jeugdgezondheidszorg (JGZ).
- Vroegtijdige signalering van risicogezinnen is – met in achtneming van de richtlijnen voor overdracht – doorgegeven aan de verloskundige, de huisarts of de jeugdgezondheidszorg.
- Er is een basis gelegd voor een gezonde start van het pasgeboren kind.
- Er is een doorlopende lijn gecreëerd in de activiteiten (tussen de kraamzorg en de jeugdgezondheidszorg), die gericht is op de (preventieve) zorg en opvoedingsondersteuning van het pasgeboren kind en diens moeder, ouder(s) of verzorger(s).

5 Zorgketens

Kraamzorg vormt een onderdeel van twee zorgketens.

5.1 Geboortezorg

Kraamzorg vormt een onderdeel van de totale perinatale zorg[2]. Perinatale zorg is zorg die plaatsvindt rond zwangerschap en geboorte. Deze zorg wordt ingedeeld in drie stadia, namelijk vóór, tijdens en na de bevalling (de zogeheten prenatale, natale en postnatale zorg). De kraamverzorgende vervult een ondersteunende functie voor de verloskundige in de natale en postnatale fase van laag-risicobevallingen. De kraamzorg assisteert de verloskundige tijdens de bevalling en verzorgt moeder en kind vlak na de bevalling.

5.2 Jeugdgezondheidszorg

Na afloop van de kraamzorg informeert de kraamverzorgende het gezin over aansluitende zorgverlening. Daarnaast moet zij de zorg voor het pasgeboren kind overdragen aan de jeugdgezondheidszorg of het consultatiebureau. Indien nodig signaleert de kraamverzorgende aan de verloskundige of aan de jeugdgezondheidszorg.

[2] Zoals ook verloskundige en gynaecologische zorg, en soms ook huisartsenzorg.

6 Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg

6.1 Inhoud kraamzorg

De inhoud en omvang van de kraamzorg, de doelstelling, de verschillende pakketten kraamzorg en de rol en taken van de kraamverzorgster staan beschreven in het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg[3] (LIP).
Kraamzorg is de hulp bij de bevalling en gedurende de kraamtijd aan moeder en pasgeboren kind voor de thuis verblijvende moeder. Kraamzorg speelt zich af tijdens en kort na de bevalling (de zogeheten natale en postnatale fase).

6.1.1 Partusassistentie

De kraamverzorgster is aanwezig bij de laatste fase van de (thuis)bevalling en assisteert de verloskundige. Zij is op die manier in staat om voorbereidingen te treffen voor de bevalling, de kamer van de kraamvrouw en de baby op orde te brengen en ondersteuning te bieden aan de zwangere vrouw. Een opsomming van de taken van de kraamverzorgende tijdens de partus, treft u aan in de bijlage.

6.1.2 Kraambed

Na de bevalling levert de kraamverzorgster zorg tijdens het kraambed. Zij ondersteunt, begeleidt en verzorgt de moeder en het kind, geeft voorlichting en instructie aan de moeder en haar partner, voert de basishuishoudelijke taken uit en observeert, signaleert en rapporteert over de voortgang van zaken in het kraambed aan de verloskundige, de kraamzorgorganisatie en de jeugdgezondheidszorg. Een opsomming van de taken van de kraamverzorgende tijdens het kraambed, treft u aan in de bijlage.

6.2 Omvang kraamzorg

Het LIP is ook het instrument voor de toekenning van het aantal uren kraamzorg, zowel voor de partusassistentie als de kraamperiode. Op basis van het protocol wordt het aantal uren kraamzorg waar moeder en kind voor in aanmerking komen, bepaald. De minimumomvang van de kraamzorg bedraagt 24 uur en het maximum aantal uren kraamzorg is 80 uur, verdeeld over 10 dagen, gerekend vanaf de geboorte.

Het samenstellen van een kraamzorgpakket is afhankelijk van de situatie van de cliënt, van de zorgbehoefte van de cliënt en van het professionele oordeel van de beroepsbeoefenaar die de indicatie stelt. Er zijn drie pakketten te onderscheiden.

6.2.1 Minimumpakket

Het ‘Minimumpakket’ kraamzorg is gebaseerd op het wettelijke minimum van 24 uur en omvat verzorging en controle van kraamvrouw en kind, voorlichting, instructie en observeren, en signaleren en rapporteren. Het protocol vermeldt uitdrukkelijk dat dit pakket niet is samengesteld op basis van wat nodig is om goede en passende kraamzorg te verlenen.

6.2.2 Basispakket

In het ‘Basispakket’ kraamzorg wordt ook aandacht besteed aan het geven van borstvoeding. Hiermee wordt aangesloten bij het advies van de WHO, dat ook in Nederland is overgenomen, namelijk dat borstvoeding de eerste keuze is boven kunstvoeding in verband met aantoonbare gezondheidswinst. Verder omvat het Basispakket ‘integratie kind in het gezin’ (bij tweede en volgende kind), ‘waarborgen hygiëne’ en ‘basis huishoudelijke taken’.

De samenstelling en omvang van het basistakenpakket kraamzorg in uren is als volgt:

Kraamvrouw en kind	16

[3] Besturen van betrokken organisaties ActiZ, KNOV, Sting, BTN en ZN hebben het landelijk indicatieprotocol kraamzorg in 2005 vastgesteld. Op basis van het regeerakkoord van februari 2007 heeft VWS partijen gevraagd een voorstel te doen waarop de uren kraamzorg voor alle kraamgezinnen uitgebreid kunnen worden. Dit voorstel is door de Tweede Kamer geaccordeerd in de versie van het LIP van maart 2008 meegenomen. Voor deze beschrijving van de kraamzorg heeft het ZORGINSTITUUT NEDERLAND de versie van het LIP van maart 2008 geraadpleegd (versie 3).

Waarborgen hygiëne	8
Basistaken	8
Observeren, signaleren en rapporteren	5
Voorlichting, instructie en integratie tweede kind in het gezin	12
Totaal	49

6.2.3 Kraamzorg op maat

Het derde pakket 'Kraamzorg op Maat' is van toepassing in situaties waarin er iets met de moeder en/of het kind aan de hand is of in de omgevingssituatie. De zorg omvat bijvoorbeeld ook verzorging van (zieke) huisgenoten en/of ondersteuning van extra huishoudelijke taken. De zorg bedraagt maximaal 80 uur.

6.3 Locatie

De kraamzorg wordt in de thuissituatie verleend of in een zogenaamd kraam- of geboortehotel. Wanneer de bevalling in een ziekenhuis heeft plaatsgevonden, wordt per opnamedag één achtste deel van de geïndiceerde uren afgetrokken.

7 Internationale verdragen

Nederland heeft een aantal verdragen van de Raad van Europa en de Internationale Arbeidsorganisatie (IAO) geratificeerd die normen stellen aan het niveau van de stelsels van sociale zekerheid. Deze verdragen geven onder meer de grenzen aan waarbinnen eigen betalingen voor medische zorg zijn toegestaan. Eigen betalingen dienen te worden onderscheiden van premiebetalingen. Om inhoudelijk aan te sluiten bij de verdragen zijn de verloskundige zorg en de kraamzorg uitgezonderd van het verplicht eigen risico.
(P.M. overige relevante internationale verdragen)

8 Eigen risico

Kosten van verloskundige zorg en kraamzorg vallen niet onder het verplichte eigen risico. Hiermee wordt aangesloten bij het IAO-verdrag (zie hoofdstuk 7), waaraan Nederland zich heeft gecommitteerd. Volgens dit verdrag mogen geen belemmeringen worden opgeworpen bij het verkrijgen van verloskundige zorg.

9 Eigen bijdrage

Voor verzorging die thuis wordt verleend of voor verzorging die in een instelling wordt verleend terwijl er geen medische indicatie is voor het verblijf in de instelling, kan worden bepaald dat de verzekerde een eigen bijdrage betaalt voor de zorg. Dit is ook het geval voor de kraamzorg.

Art. 2.36. van de Regeling zorgverzekering luidt:
-1. De eigen bijdrage voor verzorging ten huize van de verzekerde bedraagt € 4,10 per uur.
-2. De eigen bijdrage voor verzorging verleend in een instelling zonder dat verblijf in de instelling medisch noodzakelijk is, bedraagt voor zowel de moeder als het kind € 16,50 per dag, die wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van de instelling € 116,50 per dag te boven gaat.

9.1 Eigen bijdrage thuis

Voor de verleende kraamzorg thuis is een eigen bijdrage van € 4,10 per uur verschuldigd.

9.2 Eigen bijdrage in instelling

Als de kraamzorg in een zogenaamd kraam- of geboortehotel wordt verleend, beschouwt het Zorginstituut Nederland die locatie als een alternatief voor kraamzorg thuis. Dit betekent net als in de thuissituatie, een eigen bijdrage van € 4,10 per uur. Daarnaast komen de verblijfskosten en eventuele kosten in verband met materiaal en dergelijke voor rekening van de verzekerde.

10 Kosten van kraamzorg

Voor een indicatie van de kosten te krijgen, zijn hier de kosten van 2012 vermeld.

De kosten voor kraamzorg in Nederland bedroegen € 288,6 miljoen. De kosten per verzekerde zijn ongeveer € 17,-. Er werd ruim € 67 miljard besteed binnen het Budgettair Kader Zorg (BKZ)4. De kraamzorg bedraagt ongeveer 0,43% van het BKZ. Uitgaande van 175.000 geboortes, en ervan uitgaande dat bij alle bevallingen kraamzorg is verleend, zijn de gemiddelde kosten voor kraamzorg per kraambed ongeveer € 1.649,- (€ 288,6 miljoen ./. 175.000) voor moeder en kind, voor ieder dus ongeveer € 825,-.

11 Taken kraamverzorgende

11.1 Partusassistentie

De taken die de kraamverzorgende uitvoert tijdens de partusassistentie zijn als volgt te omschrijven:

11.1.1 Laatste fase van de ontsluiting

- de kraamkamer in orde brengen voor de bevalling (onder andere temperatuur, verlichting, hygiënemaatregelen en bed);
- de babykamer in orde brengen (onder andere temperatuur, veiligheid babybed);
- klaarzetten van benodigdheden voor de uitdrijving en de opvang en zorg van het kind;
- ondersteunen van de zwangere bij het opvangen van de weeën;
- afstemmen met de verloskundige over de betreffende zorgsituatie (bijzonderheden cliënt, uitgezet verloskundig beleid, samenwerking verzorgende en verloskundige);
- assisteren van de verloskundige.

11.1.2 Tijdens de uitdrijving

- ondersteunen en verzorgen van de vrouw;
- assisteren van de verloskundige.

11.1.3 Nageboortetijdperk en postplacentair tijdperk

- assisteren van de verloskundige (bij geboorte placenta, hechten);
- instructie en voorlichting (onder andere aanleggen bij borstvoeding/verzorgen flesvoeding, temperatuur, verschonen);
- verzorgen en controle kraamvrouw (onder andere algehele conditie, wassen/douchen, controle baarmoederstand, urineren);
- verzorgen en controle kind (onder andere temperatuur, algehele conditie/alertheid, zuigreflex);
- huishoudelijke taken (onder andere opruimen kraamkamer, kraamwas, badkamer);
- observeren, signaleren en rapporteren, ook van risicofactoren (kraamzorgdossier);
- gegevens partus doorgeven aan kraamzorgorganisatie.

11.2 Kraambed

De volgende producten vormen met elkaar kraamzorg in het kraambed:

11.2.1 Verzorging en controle van de kraamvrouw

- Controle van de temperatuur en pols
- Controle van het bloedverlies en baarmoederstand
- Controle en verzorging van perineum en borsten
- Controle van urine en de ontlasting
- Controle van de benen
- Geestelijk en lichamelijk welbevinden
- Hulp bij douchen/wassen
- Hulp bij (borst)voeding
- Informeren naar de nachtrust en vermoeidheid

11.2.2 Verzorging en controle van het kind

---

[4] Het BKZ omvat de zorguitgaven die behoren tot het verzekerde pakket van de AWBZ en de Zvw, en de uitgaven van gemeenten in het kader van de Wmo (gemeentefonds). Aanvullend verzekerde zorg valt buiten het BKZ.

- Controle van de temperatuur
- De kraamverzorgende ziet het kind iedere dag geheel bloot en observeert de kleur, ademfrequentie, motoriek, gewicht, huid, ogen en navel
- Overige observaties zoals gedrag, voeding, vochtbalans, spugen, urine en ontlasting
- Lichamelijke verzorging zoals wassen en baden, huidverzorging en navelverzorging

11.3 Voorlichting, instructie en integratie van het kind in het gezin

11.3.1 Ten aanzien van het kind

Onder andere over (borst)voeding, slaap-/waakritme kind, huilgedrag en troosten, tegengaan voorkeurshouding, allergiepreventie, preventie wiegendood, meeroken, veiligheid in huis, vitamine K, naar buiten gaan en vervoer kind, signaleren risico factoren.

11.3.2 Ten aanzien van de kraamvrouw/het gezin

Onder andere over (borst)voeding, alarmsignalen en herkennen van problemen na de kraamtijd, ontzwangering, mobilisatie, huishouden en dagindeling, belang van rust, hygiëne, een gezonde leefwijze en signaleren risicofactoren.

11.3.3 Integratie van het kind in het gezin

Wanneer er één of meer andere kinderen onder de 6 jaar in het gezin aanwezig zijn, dan besteedt de kraamverzorgende daar ook aandacht aan. Zij geeft de andere kinderen tijdens haar aanwezigheid eten en drinken en indien aan de orde helpt zij hen bij de toiletgang. Voorts is er aandacht voor integratie van het kind in het gezin, door de andere kinderen bij de zorg voor het nieuwe broertje of zusje te betrekken, door hen te laten kijken/helpen bij de dagelijkse bezigheden zoals de badbeurt, het in bed stoppen en een schone luier geven.

11.4 Observeren, signaleren en rapporteren

- Observeren van het kind, de moeder en het gezin
- Signaleren van (potentiële) problemen bij de moeder of in de ontwikkeling van het kind
- Signaleren van de risicofactoren
- Bespreken van de signalen met het gezin
- Schrijven van de rapportage
- Overdragen en rapporteren aan verloskundige en/of collega's
- Rapporteren gesignaleerde (potentiële) problemen aan de huisarts en/of verloskundige
- Overdracht – in overleg met de verloskundige – naar de JGZ.

11.5 Waarborgen hygiëne

- Dagelijks reinigen van badkamer en toilet(ten)
- Frequent verschonen kraambed en bed van het kind
- Uitkoken materiaal zoals borstkolf, flessen en spenen

11.6 Verzorging en/of opvang van huisgenoten

- Verzorging en opvang van andere aanwezige kinderen
- Verzorging en opvang van een gehandicapt of ziek gezinslid

11.7 Ondersteuning bij of tijdelijk overnemen van basis huishoudelijke taken

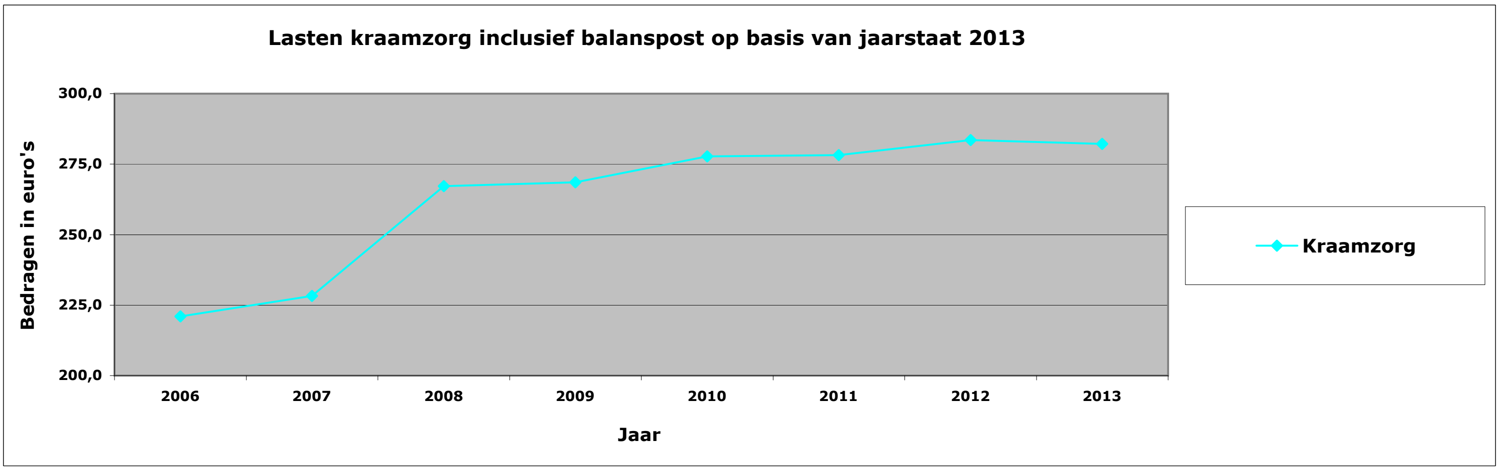
- Schoonhouden van de babykamer en de kamer waarin de moeder verblijft
- Verzorging van de kraamwas
- Verzorgen van de lunch

11.8 Ondersteuning bij of tijdelijk overnemen van extra huishoudelijke taken

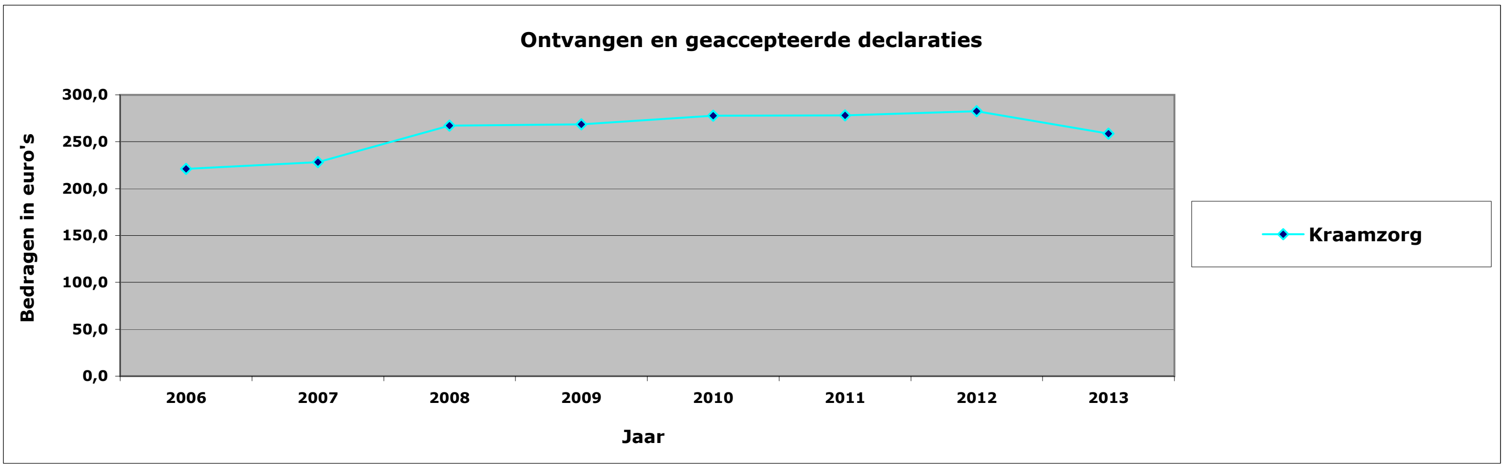
- (Voor)bereiden van de warme maaltijd
- Schoonhouden van andere kamers
- Opvang van het bezoek
- Boodschappen doen
- Verzorging van de gezinswas

Ontwikkeling Kraamzorg

Lasten kraamzorg Lasten incl. BP obv JS 2013 (1 = € 1 mln.)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Kraamzorg	221,1	228,3	267,2	268,5	277,8	278,2	283,5	282,1



Ontvangen en geaccepteerde declaraties Excl. BP obv verschillende JS (1 = € 1 mln.)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Kraamzorg	221,1	228,3	267,2	268,5	277,8	278,2	282,7	258,8
Bronbestand	JS 2008	JS 2009	JS 2010	JS 2011	JS 2012	JS 2013	JS 2013	JS 2013



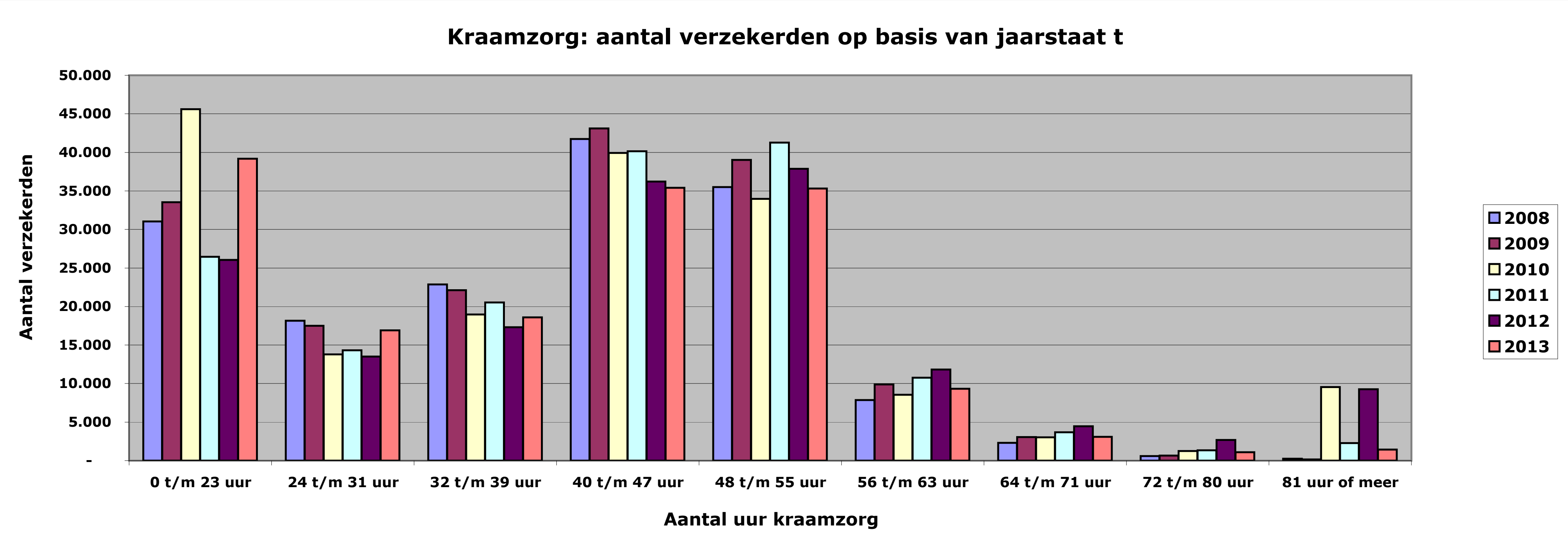
Aandeel balanspost	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Kraamzorg	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	8,3%

Specificaties lasten Kraamzorg

Specificaties lasten kraamzorg	Specificaties uit specificieke informatie C jaarstaat Zvw 2008	Specificaties uit specificieke informatie C jaarstaat Zvw 2009	Specificaties uit specificieke informatie C jaarstaat Zvw 2010	Specificaties uit specificieke informatie C jaarstaat Zvw 2011	Specificaties uit specificieke informatie C jaarstaat Zvw 2012	Specificaties uit specificieke informatie C jaarstaat Zvw 2013

KRAAMZORG aantal verzekerden	Aantal 2008	Aantal 2009	Aantal 2010	Aantal 2011	Aantal 2012	Aantal 2013
1. 0 t/m 23 uur	31.029	33.534	45.596	26.457	26.038	39.191
2. 24 t/m 31 uur	18.164	17.510	13.778	14.311	13.492	16.917
3. 32 t/m 39 uur	22.865	22.120	18.975	20.514	17.304	18.595
4. 40 t/m 47 uur	41.725	43.110	39.940	40.132	36.219	35.397
5. 48 t/m 55 uur	35.501	39.006	33.955	41.278	37.872	35.301
6. 56 t/m 63 uur	7.870	9.878	8.554	10.774	11.807	9.337
7. 64 t/m 71 uur	2.295	3.049	3.030	3.673	4.447	3.086
8. 72 t/m 80 uur	593	666	1.234	1.332	2.698	1.079
9. 81 uur of meer	236	143	9.542	2.279	9.262	1.434
TOTAAL aantal verzekerden	**160.278**	**169.017**	**174.604**	**160.750**	**159.139**	**160.337**

NB: het aantal verzekerden is geteld. Elke verzekerde wordt per totale behandeling eenmaal geteld.



KRAAMZORG aantal uren	Aantal 2008	Aantal 2009	Aantal 2010	Aantal 2011	Aantal 2012	Aantal 2013
1. 0 t/m 23 uur	425.560	422.348	457.836	384.506	348.702	705.008
2. 24 t/m 31 uur	499.980	481.981	379.928	393.190	367.989	460.194
3. 32 t/m 39 uur	823.548	797.060	688.139	743.355	626.176	670.766
4. 40 t/m 47 uur	1.828.921	1.900.357	1.762.958	1.746.578	1.579.487	1.539.739
5. 48 t/m 55 uur	1.797.056	1.992.957	1.724.749	2.077.908	1.915.869	1.772.093
6. 56 t/m 63 uur	463.239	582.437	508.628	634.330	695.419	549.340
7. 64 t/m 71 uur	152.818	203.044	203.585	244.289	297.259	205.919
8. 72 t/m 80 uur	44.481	50.033	93.172	100.451	205.155	81.407
9. 81 uur of meer	22.331	14.454	821.159	227.381	917.745	143.109
TOTAAL aantal uren	**6.057.934**	**6.444.672**	**6.640.154**	**6.551.988**	**6.953.801**	**6.127.575**

